



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza CONTIGO



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: 10/05/2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 43734733

1.3 APELLIDO PATERNO MONTENEGRO

1.4 APELLIDO MATERNO ORDÓÑEZ

1.5 NOMBRES ENCARNACION

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO SAN MARTIN PROVINCIA RIOJA

DISTRITO RIOJA CENTRO POBLADO RIOJA

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA CARRETERA LIMONPATA

NÚMERO SIN KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

TIPO DE ZONA AA.HH. CASERÍO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA LIMONPATA

REFERENCIA FRENTE A KANGKO

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 981905637

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.10 UBICACIÓN GEORREFERENCIADA LATITUD -6.054399 LONGITUD -77.170261

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O AL COBRO

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 07044687

2.3 APELLIDO PATERNO MONTENEGRO

2.4 APELLIDO MATERNO ORDÓÑEZ

2.5 NOMBRES ROSA NELIDA

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 981905637

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. CONFORMIDAD

(Marque en señal de conformidad)

3.1 Exproso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles. Por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a la base de datos personales que administra el Programa.


LA/EL USUARIA/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIA/O

Nombres y Apellidos ENCARNACION MONTENEGRO

DNI 43734133

Celular 981905637




AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos ROSA N. MONTENEGRO O.

DNI 07044687

Celular 981905637



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OIMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Hector Manuel Suarez Rios

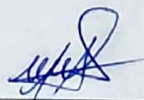
DNI 18067785

Celular 985067372

Cargo Jefe Oimaped

Municipalidad Provincial de Rioja

FIRMA



¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

** Declara bajo juramento que la información consignada es verdadera y expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use en el marco de sus funciones mis datos personales. **