



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: 06/05/2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/A/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 44356325

1.3 APELLIDO PATERNO JULCAHUANCA

1.4 APELLIDO MATERNO GARCIA

1.5 NOMBRES HORACIA

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 UQUIHUA

NÚMERO S/N KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA SECTOR ALAN GARCIA

REFERENCIA ESPALDAS DE JHON A. MACKAY

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 914048970

1.9 CORREO ELECTRÓNICO²

1.10 UBICACIÓN GEORREFERENCIADA LATITUD -6.01621 LONGITUD -77.179615

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

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

2.3 APELLIDO PATERNO

2.4 APELLIDO MATERNO

2.5 NOMBRES

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹


2.8 CORREO ELECTRÓNICO²

III. CONFORMIDAD

(Marque en señal de conformidad)

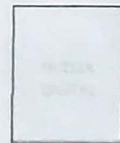
- 3.1 Exproso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles. Por lo que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

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


 USUARIO/A/O
 Nombres y Apellidos HORACIA JULCAHUANCA G.
 DNI 44356325
 Celular 91404



AUTORIZADA/O
 Nombres y Apellidos
 DNI
 Celular



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPEO EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMULARIO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos Hector Manuel Suarez Rios
 DNI 18067785
 Celular 985067372
 Cargo Jefe Omaped
 Municipalidad Provincial de Rioja


 FIRMA

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

** Declaro 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.**