



PERU

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: 16/05/2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 47363398

1.3 APELLIDO PATERNO VASQUEZ

1.4 APELLIDO MATERNO FERNANDEZ

1.5 NOMBRES LUSBINDA

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 AMAZONAS

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

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

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA FRENTE AL HOSPITAL

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 938942897

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD -6.069503 LONGITUD -77.170761

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 CELULAR<sup>1</sup>

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

III. CONFORMIDAD

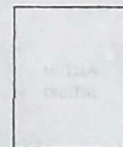
3.1  Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles. Por lo que 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

*Lusbinda Vasquez F*  
 USUARIA/O  
 Nombres y Apellidos LUSBINDA VASQUEZ F  
 DNI 47363398  
 Celular 938942897



AUTORIZADA/O  
 Nombres y Apellidos  
 DNI  
 Celular



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 Rioja  
 DNI 18067785  
 Celular 985067372  
 Cargo Jefe Omaped  
 Municipalidad Rioja

*[Signature]*  
 FIRMA

<sup>1</sup> 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. \*\*