



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: 03 / 05 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

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

4	8	4	5	0	6	7	2
---	---	---	---	---	---	---	---

1.3 APELLIDO PATERNO CUSQUIPOMA

1.4 APELLIDO MATERNO VERGARAY

1.5 NOMBRES ADILHER

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO LA LIBERTAD PROVINCIA BOLIVAR

DISTRITO UCHUMARCA CENTRO POBLADO _____

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO _____

NOMBRE DE LA VÍA UNION

NÚMERO _____ KM _____ MZ _____ LT _____ INTERIOR _____ PISO 1 BLOQUE _____ N° DE DPTO _____

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

NOMBRE DE LA ZONA _____

REFERENCIA AL COSTADO DEL ESTADIO MUNICIPAL

1.7 TELÉFONO FIJO

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

 1.8 TELÉFONO CELULAR¹

9	7	6	2	6	8	2	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹ _____

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 7.04637° S. LONGITUD 77.80279° W.

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 ELECTRÓNICO¹ _____

III. CONFORMIDAD

(Marque en señal de 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

Adilher
USUARIA/O
Nombres y Apellidos ADILHER CUSQUIPOMA V.
DNI 48450672
Celular 976268221



AUTORIZADA/O
Nombres y Apellidos _____
DNI _____
Celular _____

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

Nombres y Apellidos VICTOR GELBERT SPAESTEGUI BUENARA
DNI 40937598
Celular 965181197
Cargo RESPONSABLE OMAPE
Municipalidad DISTRITAL UCHUMARCA

[Signature]
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. **