



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: 25 / 07 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 48810057

1.3 APELLIDO PATERNO Castro

1.4 APELLIDO MATERNO Ramirez

1.5 NOMBRES fidel

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO Apurímac PROVINCIA Chincheros

DISTRITO Ocobamba CENTRO POBLADO Ocobamba

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA Av. Virgen Candelaria NRO. Puerta su bloque.000

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA Ocobamba

REFERENCIA Al borde de la avenida Virgen Candelaria

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 955902819

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 13 28 39.8 LONGITUD 73 23 41.6

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



USUARIO/O  
Nombres y Apellidos Fidel Castro Ramirez  
DNI 48810057  
Celular 955902819



AUTORIZADA/O  
Nombres y Apellidos María Ramirez de Castro  
DNI 31468323  
Celular 955902819



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

Nombres y Apellidos Reyna Casafrañca Quispe  
DNI 46239212  
Celular 993801742  
Cargo Responsable.  
Municipalidad distrito Ocobamba



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE OCOBAMBA  
Reyna Casafrañca Quispe  
RESPONSABLE OMAPED

<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. \*\*