



PERU

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio Promoción

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: 18.10.2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 48898195

1.3 APELLIDO PATERNO WENINGER

1.4 APELLIDO MATERNO TRIGOSO

1.5 NOMBRES CARMELA

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO SAN MARTÍN PROVINCIA HUANUCAL CACERES

DISTRITO PACHIZA CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA SR. BOLOGNESI

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA Distrito Pachiza

REFERENCIA FRENTE A LA PLAZA DE ARMAS

1.7 TELÉFONO FIJO +51 - 988 981 950 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ +51 988 981 950

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹ -

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD LONGITUD

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 00972611

2.3 APELLIDO PATERNO WENINGER

2.4 APELLIDO MATERNO TRIGOSO

2.5 NOMBRES ROXANA

2.6 TELÉFONO FIJO +51 - 976 037 908 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 976 037 908

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. MOTIVO POR EL CUAL NO REALIZA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE MANERA FRECUENTE

3.1 MOTIVO DE NO COBRO AHORRO TIEMPO LARGO DE TRASLADO ALTO COSTO DE TRANSPORTE INACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

IV. CONFORMIDAD

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

USUARIO/O

Nombres y Apellidos Carmela Weninger T.

DNI 48898195

Ceular

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

Nombres y Apellidos

DNI

Ceular

Cargo

Municipalidad

AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos Roxana Weninger T.

DNI

Ceular

Municipalidad Distrital de PACHIZA Región San Martín - Perú

Milton Gómez Rodríguez

D.N.I. 00972621

ENCARGADO OMAPED

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. ****