



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 49026730

1.3 APELLIDO PATERNO ZUNTA

1.4 APELLIDO MATERNO HUDMAN

1.5 NOMBRES MASTILOE

1.6 DIRECCIÓN  
 DEPARTAMENTO SAN MARTÍN PROVINCIA Moriscal Caceres  
 DISTRITO PACHIZA CENTRO POBLADO  
 TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO  
 NOMBRE DE LA VÍA CAMINO SANCHIMA  
 NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO 01 BLOQUE N° DE DPTO  
 TIPO DE ZONA  AA.HH.  CASERÍO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO  
 NOMBRE DE LA ZONA CASERIO SANCHIMA  
 REFERENCIA FRENTE AL CAMPO DEPORTIVO

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

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> - - -

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 27855403

2.3 APELLIDO PATERNO HUDMAN

2.4 APELLIDO MATERNO ZUNTA

2.5 NOMBRES Victoria

2.6 TELÉFONO FIJO - - - - - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> - - - - -

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

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

<p>USUARIO/O</p> <p>Nombres y Apellidos Mastiloe Zunta H.</p> <p>DNI 49026730</p> <p>Ceular</p> <p>SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL REPRESENTANTE</p> <p>Nombres y Apellidos</p> <p>DNI</p> <p>Ceular</p> <p>Cargo</p> <p>Municipalidad</p>		<p>AUTORIZADA/O</p> <p>Nombres y Apellidos Victoria Hudson Z.</p> <p>DNI</p> <p>Ceular</p> <p>Municipalidad Distrital de PACHIZA Región San Martín - Perú</p> <p>Milton Ortiz Rodriguez</p> <p>DNI 00972624</p> <p>ENCARGADO OMAPED</p> <p>FIRMA</p>	
---	---	--	---

<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.\*\***