



PERU

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Vicepresidencia

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 60206164

1.3 APELLIDO PATERNO Pontocastro

1.4 APELLIDO MATERNO MOZOEBITE

1.5 NOMBRES SANDER

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO San Martín PROVINCIA Mariscal Cáceres

DISTRITO PACHIZA CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA JR. LA UNIÓN

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 Caserío Alto el Sol

REFERENCIA Frente al Puerto de Salud.

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 80363710

2.3 APELLIDO PATERNO MOZOEBITE

2.4 APELLIDO MATERNO PACHA

2.5 NOMBRES OFELIA

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

USUARIO/O

Nombres y Apellidos SANDER PONTOCASTRO

DNI 60206164

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 OFELIA MOZOEBITE PACHA

DNI

Ceular

Municipalidad Distrital de PACHIZA Región San Martín - Perú

Milton Gómez Rodríguez

D.N.I. 00972624

ENCARGADO OMAPED

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.\*\*