



## FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FECHA: 06 / 03 / 2023

## I. DATOS DE LA/EL USUARIO/A

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 60422486

1.3 APELLIDO PATERNO MAMANI

1.4 APELLIDO MATERNO MAYHUA

1.5 NOMBRES VICKY MILAGROS

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO PUNO PROVINCIA MELGAR

DISTRITO SANTA ROSA CENTRO POBLADO SANTA ROSA

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA JR. LIMA NRO. PUERTA 132 PISO.01

NÚMERO 132 KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA SANTA ROSA

REFERENCIA AL COSTADO DEL PUENTE CHAQUI MAYU

1.7 TELÉFONO FIJO 1.8 TELÉFONO CELULAR 913397795

1.9 CORREO ELECTRÓNICO

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 14.60612 LONGITUD 70.78999

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 45485767

2.3 APELLIDO PATERNO MAYHUA

2.4 APELLIDO MATERNO HANGCO

2.5 NOMBRES CELIA

2.6 TELÉFONO FIJO 2.7 TELÉFONO CELULAR 951149889

2.8 CORREO ELECTRÓNICO

## 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

OTRO



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 : VICKY MILAGROS MAMANI MAYHUA  
DNI : 60422486  
Celular : 913397795



AUTORIZADO/O

Nombres y Apellidos : CELIA MAYHUA HANCCO  
DNI : 45485767  
Celular : 951149889



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

Nombres y Apellidos : NILDA QUIROZ TITO  
DNI : 43501972

Celular : 950037021  
Cargo : JEFA OMAPED

Municipalidad : DISTRITO SANTA ROSA



FIRMA

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.