



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: d d / m m / a a a a

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

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

6	1	4	8	1	5	9	7		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

1.3 APELLIDO PATERNO Aguirre

1.4 APELLIDO MATERNO Atauchi

1.5 NOMBRES Anayl Damaluz

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO Cusco PROVINCIA Paucajambó

DISTRITO Paucajambó CENTRO POBLADO \_\_\_\_\_

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA VÍA Calle Cosco Número Puerta SN Piso 02.

NÚMERO \_\_\_\_\_ KM \_\_\_\_\_ MZ \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ INTERIOR \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ BLOQUE \_\_\_\_\_ N° DE DPTO \_\_\_\_\_

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

NOMBRE DE LA ZONA Barrio conchupata Alta

REFERENCIA \_\_\_\_\_

1.7 TELÉFONO FIJO \_\_\_\_\_ 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 13°19'18.05" S LONGITUD 71°35'21.83" O

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

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

2	5	1	2	1	7	8	8		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

2.3 APELLIDO PATERNO Hullca

2.4 APELLIDO MATERNO Callo

2.5 NOMBRES Maria

2.6 TELÉFONO FIJO \_\_\_\_\_ 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup>

9	7	3	5	3	6	7	9		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

III. CONFORMIDAD

(marque en señal de conformidad)

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

USUARIO/A/O

Nombres y Apellidos Anayl D. Aguirre A.

DNI 61481597

Ceular \_\_\_\_\_




AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos Maria Hullca Callo

DNI 25121788

Ceular 973533679



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

Nombres y Apellidos Enck Garcia Paman

DNI 72037781

Ceular 918859783

Cargo \_\_\_\_\_

Municipalidad Paucajambó



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. \*\*