



PERU

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión por Contribución a Personas con Discapacidad Severa en Atención de Futuras Elecciones



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: 24/05/2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 62510546

1.3 APELLIDO PATERNO DE LA CRUZ

1.4 APELLIDO MATERNO SANTILLANA

1.5 NOMBRES SAYURI ABIGAIL

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO MADRE DE DIOS PROVINCIA TAUHUAMANU

DISTRITO TAUHUAMANU CENTRO POBLADO LA NOVA

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA PECO

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA UPIS 28 DE JULIO

REFERENCIA ESPALDA SALON COMUNAL

1.7 TELÉFONO Fijo [] [] - [] [] [] [] [] [] 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 91536673

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 48661186

2.3 APELLIDO PATERNO DE LA CRUZ

2.4 APELLIDO MATERNO SANTILLANA

2.5 NOMBRES KATHERINE MARIMAR

2.6 TELÉFONO Fijo [] [] - [] [] [] [] [] [] 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 91536673

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. CONFORMIDAD

(marque en señal de conformidad)

3.1 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.

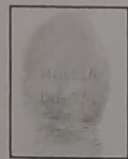
LA/EL USUARIO/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIO/O

Nombres y Apellidos SAYURI ABIGAIL DE LA CRUZ SANTILLANA

DNI 62510540

Celular



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos KATHERINE MARIMAR DE LA CRUZ SANTILLANA

DNI 48661186

Celular 91536673



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

Nombres y Apellidos ENZO JOEL ROJAS MACUYAMA

DNI 62965391

Celular 997836792

Cargo RESPONSABLE DE OMAPEP

Municipalidad DISTRITO DE TAUHUAMANU

FIRMA

¹ 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. **