



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 63304549

1.3 APELLIDO PATERNO SOTALAYA

1.4 APELLIDO MATERNO HENDOZA

1.5 NOMBRES JHOR ALEJANDRO

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO SAN MARTÍN PROVINCIA MARISCAL CÁCERES

DISTRITO PACHIZA CENTRO POBLADO CASERIO BAGBUSH

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA CASERIO BAGBUSH

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

REFERENCIA UNA CUADRA DE LA PLAZA DE ARMAS

1.7 TELÉFONO FIJO + - 1.8 TELÉFONO CELULAR +

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.10 UBICACIÓN GEORREFERENCIADA 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

2.3 APELLIDO PATERNO DELGADO

2.4 APELLIDO MATERNO AREVALO

2.5 NOMBRES ANGELICA LUZILDA

2.6 TELÉFONO FIJO + - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 913143828

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

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 Jhor A. Sotalaya H</p> <p>DNI</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 SOLICITANTE</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 Angelica Delgado A</p> <p>DNI</p> <p>Ceular</p> <p>Municipalidad Distrital de PACHIZA Región San Martín - Perú</p> <p>Milton Gómez Rodríguez</p> <p>D.N.I. 00972624</p> <p>ENCARGADO OMAPED</p> <p>FIRMA</p>
---	---

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. **