



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 71399143

1.3 APELLIDO PATERNO COZ

1.4 APELLIDO MATERNO BARRETO

1.5 NOMBRES JOSE CRISTIAN

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO HUÁNUCO PROVINCIA LAURICOCHA

DISTRITO BAÑOS CENTRO POBLADO SAN ANTONIO DE ACAPA

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA SAN ANTONIO

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

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

NOMBRE DE LA ZONA SAN ANTONIO DE ACAPA

REFERENCIA PASANDO EL CABERIO A 10 MINUTOS

1.7 TELÉFONO FIJO _____ - _____ 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ _____

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹ _____

1.10 UBICACIÓN GEORREFERENCIADA LATITUD 8886766 LONGITUD 0309287

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 BARRETO

2.4 APELLIDO MATERNO PIÑAN

2.5 NOMBRES YESSI KARINA

2.6 TELÉFONO FIJO _____ - _____ 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 997016219

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

(marque en señal de 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/A/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIO/A/O	AUTORIZADA/O
Nombres y Apellidos	Nombres y Apellidos
DNI	DNI
Ceular	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

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE BAÑOS

Lic. Miriam Miró Príncipe Yañil

DNI: 72383350

Responsable de la OMAPED

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. ****