



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: 19 / 07 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NUMERO DE DOCUMENTO 71525879

1.3 APELLIDO PATERNO VILCA

1.4 APELLIDO MATERNO MARQUEZ

1.5 NOMBRES LOURDES YOSELIN

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO PUNO PROVINCIA PUNO

DISTRITO VILQUE CENTRO POBLADO COM. VIZCACHANI

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO VIZCACHANI

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO SN KM 3 MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA SALON COMUNAL - CARRETERA MAÑAZO

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 954079334

1.9 CORREO ELECTRONICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 16.83334328 LONGITUD 70.02409025

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 01279074

2.3 APELLIDO PATERNO MARQUEZ

2.4 APELLIDO MATERNO RAMOS

2.5 NOMBRES ISLOORA

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 991107061

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

III. 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 USUARIA/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIA/O

Nombres y Apellidos

DNI

Celular



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos

DNI

Celular

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

Nombres y Apellidos Judy Churquicallata Quispe

DNI 76937425

Celular 972481590

Cargo Responsable OMAPED

Municipalidad VILQUE

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.\*\*