



PERU

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/O

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

7	2	6	1	8	9	3	8		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

1.3 APELLIDO PATERNO FLORES

1.4 APELLIDO MATERNO CASIMIRO

1.5 NOMBRES FERNANDO

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO PAISCO PROVINCIA OXAPAMPAS

DISTRITO HUAN CABAMBA CENTRO POBLADO MEZA POTA

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA CORRETERA MOLLAMPAMPA

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

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

NOMBRE DE LA ZONA MEZAPOTA

REFERENCIA CORRETERA MOLLAMPAMPA

1.7 TELÉFONO FIJO _____ - _____ 1.8 TELÉFONO CELULAR¹

9	8	7	7	3	8	0	7	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹ amapedhuancabamba2019@gmail.com

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 10.451345 LONGITUD 75.597737

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

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

0	4	3	0	3	6	1	8		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

2.3 APELLIDO PATERNO CASIMIRO

2.4 APELLIDO MATERNO VEGA

2.5 NOMBRES AIDE NELSA

2.6 TELÉFONO FIJO _____ - _____ 2.7 TELÉFONO CELULAR¹

9	8	7	7	3	8	0	7	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹ omapedhuancabamba2019@gmail.com

III. CONFORMIDAD


(marque con una X la 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/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD


 USUARIO/O
 Nombres y Apellidos Fernando Flores Casimiro
 DNI 72618938
 Ceular 98773875





 AUTORIZADA/O
 Nombres y Apellidos Aide Casimiro Vega
 DNI 04303618
 Ceular 987738075



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

Nombres y Apellidos Denis Deyvis Grijalva Rojas
 DNI 70784594
 Ceular 927880921
 Cargo Resp.
 Municipalidad Huanca bamba


 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE HUANCABAMBA, OXAPAMPA - PAISCO
 GERENTE DE DESARROLLO HUMANO E INCLUSIÓN SOCIAL
 Bach. en Dcho. DENIS D. GRIJALVA ROJAS
 JEFE DE LA DIVISION DE OMAPED

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.**