



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: 17 / 10 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 74450278

1.3 APELLIDO PATERNO INCANUAMAN

1.4 APELLIDO MATERNO RIOS

1.5 NOMBRES ERIKA YENY

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO APURIMAC PROVINCIA ABANCAY

DISTRITO CIRCA CENTRO POBLADO TACCACCA

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA CARRETERA DE YACA A TACCACCA

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA TACCACCA

REFERENCIA CAMINO A JAJAPATA PASANDO EL COLEGIO

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

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 13,971342 LONGITUD 72,890729

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 80073280

2.3 APELLIDO PATERNO RIOS

2.4 APELLIDO MATERNO CHALCO

2.5 NOMBRES EPIFANIA


2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 975425154

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> uscirca2019@gmail.com


III. 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 Erika Yeny Incanuman Rios  
 DNI 74450278  
 Ceular



  
 AUTORIZADA/O  
 Nombres y Apellidos Epifania Rios Chalco  
 DNI 80073280  
 Ceular



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

Nombres y Apellidos  
 DNI 7  
 Ceular  
 Cargo  
 Municipalidad

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. \*\*