



PERU

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión de Vejez - Seguro en Situación de Pobreza CONTIGO



## FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: 27 / 06 / 2022

## I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 78456468

1.3 APELLIDO PATERNO Pacaya

1.4 APELLIDO MATERNO Saldaña

1.5 NOMBRES Mihuler Eliel

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO Lima PROVINCIA Callao

DISTRITO Mi Perú CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO KM MZ C LT 07 INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA Jesús el Nazareno El Arenal.

REFERENCIA

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

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEORREFERENCIADA LATITUD 11.5103.0 LONGITUD 77.06'55.3

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 10648513

2.3 APELLIDO PATERNO Pacaya

2.4 APELLIDO MATERNO Saavedra

2.5 NOMBRES Leandro

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 937397936

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.

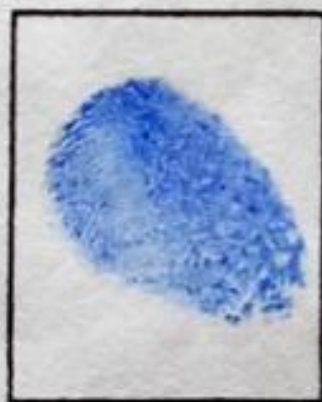
LA/EL USUARIO/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIO/O

Nombres y Apellidos Mihuler Pacaya Saldaña

DNI 78456468

Ceular



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos Leandro Pacaya Saavedra

DNI 10648513

Ceular 937397936



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

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. \*\*