



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: 22 / 06 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIA/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 78578190

1.3 APELLIDO PATERNO PEREZ

1.4 APELLIDO MATERNO GUTIERREZ

1.5 NOMBRES Stefany Noemi

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO Lima PROVINCIA Callao

DISTRITO Ni Perú CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO KM MZ E16 LT 21 INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA Sector

REFERENCIA Cerca a la capilla del Sector E

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 914225025

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 17°51'33.2" S LONGITUD 77°07'24.3" W

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 10055925

2.3 APELLIDO PATERNO Gutierrez

2.4 APELLIDO MATERNO Palomino

2.5 NOMBRES Adriana Soledad

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 914224054

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. CONFORMIDAD

(marque en señal de 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

Ceular



A. Gutierrez P

AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos Gutierrez Palomino

DNI 10055925

Ceular 914225025



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

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. **