

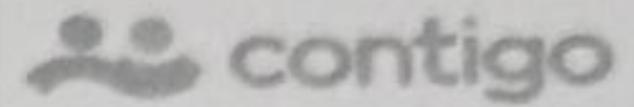


PERÚ

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: 21 / 07 / 2022

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

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

9	0	3	6	8	5	0	9		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

1.3 APELLIDO PATERNO Pachante

1.4 APELLIDO MATERNO Itelo

1.5 NOMBRES Trigo Abdiel

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO Puno PROVINCIA Puno

DISTRITO Vitque CENTRO POBLADO Hachacuerca

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO

NOMBRE DE LA VÍA \_\_\_\_\_

NÚMERO 5<sup>N</sup> KM 5 MZ \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_ INTERIOR \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ BLOQUE \_\_\_\_\_ N° DE DPTO \_\_\_\_\_

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

NOMBRE DE LA ZONA \_\_\_\_\_

REFERENCIA Por la Escuela.

1.7 TELÉFONO FIJO 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD \_\_\_\_\_ LONGITUD \_\_\_\_\_

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

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

7	3	3	0	5	6	3	4		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

2.3 APELLIDO PATERNO Itelo

2.4 APELLIDO MATERNO Quispe

2.5 NOMBRES Clara Ines.

2.6 TELÉFONO FIJO 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup>

9	7	1	4	1	7	3	3	9	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup> ines\_13mele@gmail.com.

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

\_\_\_\_\_  
USUARIO/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 Jady Churquicallata Quispe

DNI 76937425

Celular 972481390

Cargo Responsable OMAPED.

Municipalidad Vitque.

\_\_\_\_\_  
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. \*\*