

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Flor del Oriente, 4 diciembre del 2023.

OFICIO N° 29 -2023-D.I.E. N° 1109 - FLOR DEL ORIENTE

Prof. MARIA CAROLINA PEREZ TELLO

Directora de la Unidad de Gestión Educativa Local de El Dorado

ASUNTO: REMITO CONFORMACION DE COMITÉ DE CAE-2024

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para hacerle llegar mi cordial saludo a nombre de la Dirección de la I.E. N° 1109 del Caserío de Flor del Oriente del distrito de San Martín, Provincia de El Dorado, Región San Martín, asimismo, informar; que estoy adjuntando al presente los formatos de conformación de comité de CAE QALIWARMA-2024 de la I.E para fines convenientes que usted considere.

Sin otro particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mí especial consideración y estima personal.

Atentamente,



MARGARITA RAFAEL SARMIENTO

DN: 27728810

DIRECTORA(e)

ANEXO N°1

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-001
Versión N°: 10		ACTA DE CONFORMACION/ACTUALIZACIÓN Y COMPROMISO DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

En el centro poblado/sector/urbanización Flor del Oriente del distrito de San Martín provincia El Dorado y departamento de San Martín.

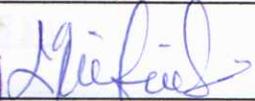
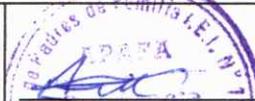
En el marco de la norma técnica para la cogestión del servicio alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW) y de acuerdo a los procedimientos generales para la operatividad del modelo de cogestión para la atención del servicio alimentario, siendo las 5 P.M del día 23 del mes de Noviembre del año 2023, la IE/ PRONOEI 1109 con código modular N° 1597327, del nivel INICIAL, en la reunión de madres y padres de familia presidida por el/la director/a o quien haga de sus veces en la IE la/el Sra./Sr. Margarita Rafael Sarmiento con DNI 27718810, se inicia la presente sesión con los siguientes puntos de agenda:

1. Difusión de la estrategia de cogestión, las etapas de la prestación y vigilancia del servicio alimentario, así como **las responsabilidades, funciones e impedimentos** de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar (CAE).
2. Elección de las/los integrantes del CAE, y/o delegación de la presidencia de corresponder, de acuerdo con la normativa del PNAEQW.
3. **Compromiso público** de las/los integrantes de cumplir estrictamente las funciones y responsabilidades establecidas por el PNAEQW y la suscripción de la ficha de datos.

Se inicia la sesión dando a conocer el punto N°1 de la agenda, luego de lo cual se procede a la **elección de las/los integrantes del CAE**, los cuales pueden ser voluntarias/os o elegidas/os por voto. Una vez identificado a las/los representantes, se declara conformado el CAE de la siguiente forma:

Rol en el CAE	Nombres y apellidos (completos)	DNI N°	Cargo en la IE ¹
Presidenta/e	<u>Margarita Rafael Sarmiento</u>	<u>27718810</u>	<u>DIRECTORA</u>
Secretaria/o:	<u>Antero Montalvan Ruiz</u>	<u>48664509</u>	<u>padre de familia</u>
La/el vocal:	<u>Francisco Mopeto Roman</u>	<u>48282674</u>	<u>padre de familia</u>
La/el vocal:	<u>Rosali Palacios Palacios</u>	<u>46331868</u>	<u>padre de familia</u>
La/el vocal:	<u>Porfirio Palacios Neyra</u>	<u>44435502</u>	<u>padre de familia</u>

Con la finalidad de formalizar la conformación/actualización del CAE, se pasa a ejecutar el tercer punto de la agenda. Habiendo sido leída el acta por cada una/uno de las/los integrantes del CAE, suscritos y verificados los datos y firmas en los formatos correspondientes; siendo las _____ horas del mismo día, firman el/la director/a de la IE y la/el presidenta/e de APAFA o representante de las madres y padres de familia, en representación de los presentes y en señal de conformidad.

 Firma y sello de director/a, coordinador/a de PRONOEI o quien haga sus veces, de la IE ² Nombres y apellidos: <u>Margarita Rafael Sarmiento</u> DNI: <u>27718810</u>	 Firma de presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia ³ Nombres y apellidos: <u>Antero Montalvan Ruiz</u> DNI: <u>48664509</u>
--	--

¹ Director/a, subdirector/a, coordinador/a de PRONOEI, promotor/a educativo, coordinador/a del núcleo educativo (ST), coordinador/a CRFA, coordinador/a SRE, docente, personal administrativo, madre o padre de familia, gestor/a comunitario (ST), personal de cocina, responsable de recepción, según el Cuadro N°2 del presente documento.

² El director/a o responsable de la IE o docente coordinador/a del PRONOEI debe consignar su firma y el sello de la IE.

³ Presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia debe consignar su firma y sello (solo si cuenta con sello). Para la actualización del CAE: cuando ÚNICAMENTE se actualiza el cargo de presidenta/e y este recae en el/la director/a o quien haga sus veces, no se requiere la firma del presidente de la APAFA o representante de las madres o padres de familia.

ANEXO N°2

	PERÚ	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1	

Fecha: 23 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	<input checked="" type="checkbox"/>	Secretaria/o	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 1	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 2	<input type="checkbox"/>	La/el Vocal 3	<input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>MARGARITA</u> NOMBRES	<u>RAFAEL</u> APELLIDO PATERNO	<u>SARMIENTO</u> APELLIDO MATERNO
-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>08</u> / <u>01</u> / <u>1973</u> DÍA / MES / AÑO	M <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>1</u>

<u>27</u> / <u>7</u> / <u>18810</u> DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	 N° TELEFONO DOMICILIO
--	---------------------------

<u>DIRECTORA</u> CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	<u>971536191</u> N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()
--	--

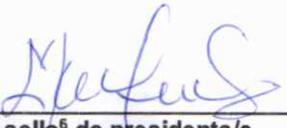
<u>margaritarafel1973@gmail.com</u> CORREO ELECTRÓNICO

<u>CASERIO FLOR DEL ORIENTE</u> DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.



 Firma y sello ⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>Margarita Rafael Sarmiento</u> DNI: <u>27718810</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Margarita Rafael Sarmiento</u> DNI: <u>27718810</u>
---	---

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda: Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanetsha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kainté (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kulama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28).

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERU	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITE DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1	

Fecha: 23 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	Secretaria/o	<input checked="" type="checkbox"/> La/eI Vocal 1	La/eI Vocal 2	La/eI Vocal 3
---------------	--------------	---	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>ANTERO</u>	<u>MONTALBAN</u>	<u>RUIZ</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>28</u> <u>09</u> <u>1992</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u>6</u>	<u>1</u>
DIA MES AÑO			

<u>48664509</u>	
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>PAORE DE FAMILIA</u>	<u>955043857</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

CORREO ELECTRONICO

<u>CASERIO FLOR DEL ORIENTE</u>
DIRECCION ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 <p>Firma y sello⁶ de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>Margarita Rafael Sarmiento</u> DNI: <u>27718810</u></p>	<p>FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Antero Montalban Ruiz</u> DNI: <u>48664509</u></p>
--	--

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda: Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chagra (18), Kalinke (19), Matsés (20), Iletu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/eI integrante del CAE sea la/eI misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERU	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 23/11/2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	Secretaría/o	La/e l Vocal 1	<input checked="" type="checkbox"/> La/e l Vocal 2	La/e l Vocal 3
---------------	--------------	----------------	--	----------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>FRANCISCO</u>	<u>MORETO</u>	<u>ROMAN</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>10/04/1994</u>	<input checked="" type="checkbox"/> F	<u>6</u>	<u>1</u>
DIA MES AÑO			

<u>48282674</u>	<u></u>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>PADRE DE FAMILIA</u>	<u>984701000</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

<u></u>
CORREO ELECTRONICO

<u>CASERIO FLOR DEL ORIENTE</u>
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.



Firma y sello⁶ de presidenta/e
 Nombres y apellidos: Margarita Rafael Sarmiento
 DNI: 27718810

FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante
 Nombres y apellidos: Francisco Moreto Roman
 DNI: 48282674

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awejún (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-mulnani (17), Kandozi-chagra (18), Kalinto (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/e l integrante del CAE sea la/e l misma/o presidenta/e del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERU	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR				Página 1 de 1

Fecha: 23/11/2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencial	Secretaría/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	<input checked="" type="checkbox"/> La/el Vocal 3
--------------	--------------	---------------	---------------	---

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>Rosali</u>	<u>Palacios</u>	<u>Palacios</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>30</u> <u>08</u> <u>1989</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO			

<u>4</u> <u>6</u> <u>3</u> <u>3</u> <u>1</u> <u>8</u> <u>6</u> <u>8</u>	
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>PADRE DE FAMILIA</u>	<u>9</u> <u>5</u> <u>7</u> <u>1</u> <u>8</u> <u>2</u> <u>4</u> <u>7</u> <u>0</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

CORREO ELECTRONICO

<u>CASERIO FLOR DEL ORIENTE</u>
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.



<p><u>Margarita Rafael Sarmiento</u></p> <p>Firma y sello⁶ de presidenta/e</p> <p>Nombres y apellidos: <u>Margarita Rafael Sarmiento</u></p> <p>DNI: <u>27718810</u></p>	<p><u>Rosali Palacios Palacios</u></p> <p>FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante</p> <p>Nombres y apellidos: <u>Rosali Palacios Palacios</u></p> <p>DNI: <u>46331868</u></p>
---	--

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Muri-murineri (17), Kandozi-chapra (18), Kalínte (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwlú (22), Madja (23), Kúkema kúkemería (24), Asherinka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERU	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 23 / 11 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia/e	Secretaría/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--------------	---------------	---------------	---------------	-------------------------------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>Porfirio</u>	<u>Palacios</u>	<u>Neyra</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>27 06 1987</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u>6</u>	<u>1</u>
DIA MES AÑO			

<u>4 4 4 3 5 5 0 2</u>	
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>PADRE DE FAMILIA</u>	<u>9 5 5 7 1 7 3 8 6</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

CORREO ELECTRONICO

<u>CASERIO FLOR DEL ORIENTE</u>
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.



<p><u>Margarita</u></p> <p>Firma y sello⁶ de presidenta/e</p> <p>Nombres y apellidos: <u>Margarita Rafael Samiento</u></p> <p>DNI: <u>27718810</u></p>	<p><u>Porfirio</u></p> <p>FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante</p> <p>Nombres y apellidos: <u>Porfirio Palacios Neyra</u></p> <p>DNI: <u>44435502</u></p>
---	---

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda: Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-murani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iletu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28).

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.