

Santa Rosa 22 de diciembre del 2023.

OFICIO N° 023- 2023 I.E.N°0759S/R-D

SEÑOR(A) : Prof. MARIA CAROLINA PEREZ TELLO.
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL DORADO.

DEL : Prof. ARMANDO ALIAGA ABANTO.
DIRECTOR DE LA IE N° 0759 "SANTA ROSA".

ASUNTO : REMITE ACTA, RD DE COFORMACION Y ACTUALIZACION DEL **COMITÉ DE ALIMENTACION ESCOLAR - QALI WARMA DE LA IE 0759 SANTA ROSA – PARA EL PERIODO 2024 NIVEL PRIMARIO.**

Me es grato dirigirme a Ud. Para hacerle llegar mi cordial saludo, y poder extenderle un abrazo afectuoso, de parte de mí persona en calidad de Director, docentes, APAFA y toda la comunidad educativa; al mismo tiempo; **ACTA, RD DE COFORMACION Y ACTUALIZACION DE COMITÉ DE ALIMENTACION ESCOLAR - QALI WARMA DE LA IE 0759 SANTA ROSA – PARA EL PERIODO 2024 NIVEL PRIMARIO**; de la comunidad de Santa Rosa, distrito de San Martín, provincia El Dorado, región San Martín.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal

Atentamente:

icos



ARMANDO ALIAGA ABANTO
DIRECTOR I.E. N° 0759 S.R.
DNI: 44743785



**ACTA DE CONFORMACION DEL COMITE DE CAE PARA EL PERIODO
2024 DE LA I.E 0759 SANTA ROSA**

En la localidad de Santa Rosa, siendo las 16: 20 horas del día jueves 23 del mes de noviembre del año 2023, reunidos los señores: Prof. Armado Aliaga Abanto(Director), docentes, autoridades educativas y padres de familia en las instalaciones de la Institución Educativa N° 0759, se procedió a conformar los COMITES PARA EL PERIODO 2024, quedando conformado el comité de CAE de la siguiente manera:

COMITE DEL CAE PARA EL PERIODO 2024 IE 0759 SANTA ROSA						
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CARGO	TELEFONO	EMAIL	DIRECCIÓN ACTUAL
01	ARMANDO ALIAGA ABANTO	44743785	PRESIDENTE	952960295	armandoaliaga.03@gmail.com	CAS. SANTA ROSA
02	ERIKA RULIANA ZELADA ABANTO	46669444	SECRETARIA	988268507	erikarulianazela daabaño.03@gmail.com	CAS. SANTA ROSA
03	OSWALDO BURGA PAREDES	41614660	VOCAL 1	939486765	.....	CAS. SANTA ROSA
04	JOSE VILLEGAS DELGADO	43765848	VOCAL 2	962132076	.....	CAS. SANTA ROSA
05	LADTH HERNANDEZ CALDERON	77693147	VOCAL 3	.....	.....	CAS. SANTA ROSA

icos



(Handwritten signature)

 ARMANDO ALIAGA ABANTO
 DIRECTOR I.E. N° 0759 S.R.
 DNI: 44743785



Resolución Directoral de la Institución Educativa N° 0759

R.D. N° 017– 2023-D-I.E. N° 0759–S/R

Santa Rosa 22 de diciembre del 2023

VISTO:

EL ACTA DE CONFORMACION DEL COMITÉ DEL **CAE** PARA EL AÑO 2024.

CONSIDERANDO:

Que, es necesario contar con el COMITÉ DE **CAE** para asegurar, garantizar la recepción, fiscalización, distribución y consumo de los alimentos del programa CaliWarma para el buen desarrollo del año 2024 en favor de los estudiantes de la IE 0759 Santa Rosa,

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL COMITÉ DE **CAE** DE LA IE N° 0759 SANTA ROSA, Distrito de San Martín provincia del Dorado de la Región de San Martín.

COMITE DEL CAE PARA EL PERIODO 2024 IE 0759 SANTA ROSA						
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CARGO	TELEFONO	EMAIL	DIRECCIÓN ACTUAL
01	ARMANDO ALIAGA ABANTO	44743785	PRESIDENTE	952960295	armandoaliaga.03@gmail.com	CAS. SANTA ROSA
02	ERIKA RULIANA ZELADA ABANTO	46669444	SECRETARIA	988268507	erikarulianazeladaabaño.03@gmail.com	CAS. SANTA ROSA
03	OSWALDO BURGA PAREDES	41614660	VOCAL 1	939486765	.....	CAS. SANTA ROSA
04	JOSE VILLEGAS DELGADO	43765848	VOCAL 2	962132076	.....	CAS. SANTA ROSA
05	LADTH HERNANDEZ CALDERON	77693147	VOCAL 3	.....	.....	CAS. SANTA ROSA

SEGUNDO: REMITIR, una copia de este documento a la UGEL para los fines que estime conveniente.

Regístrese y Comuníquese,

icos



ARMANDO ALIAGA ABANTO
DIRECTOR I.E. N° 0759 S.R.
DNI: 44743785

ANEXO N°1

	PERU 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/ACTUALIZACION Y COMPROMISO DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

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

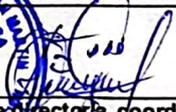
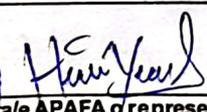
En el marco de la norma técnica para la coestión del servicio alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW) y de acuerdo a los procedimientos generales para la operatividad del modelo de coestión para la atención del servicio alimentario, siendo las 16:00h. del día 10 del mes de Noviembre del año 2023, la IE PRONOEI N° 0459 con código modular N° 1361229, del nivel Primario, 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. Armando Aliaga Abanto con DNI 44743785, se inicia la presente sesión con los siguientes puntos de agenda:

1. Difusión de la estrategia de coestión, 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
Presidencia	<u>Armando Aliaga Abanto</u>	<u>44743785</u>	<u>Director</u>
Secretaria/o:	<u>Corika Roldana Felada Abanto</u>	<u>46669444</u>	<u>Docente</u>
La/el vocal:	<u>Oswaldo Buzga Paredes</u>	<u>41614660</u>	<u>Padre de Familia</u>
La/el vocal:	<u>José Villegas Delgado</u>	<u>43765848</u>	<u>Padre de Familia</u>
La/el vocal:	<u>Ludith Hernandez Calderon</u>	<u>77693147</u>	<u>Madre 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. Nombres y apellidos: <u>Armando Aliaga Abanto</u> DNI: <u>44743785</u>	 Firma de presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia. Nombres y apellidos: <u>Alinder Yangua Píoz</u> DNI: <u>44932006</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

	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: 10/11/2023

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

DATOS PERSONALES

<u>Armando</u>	<u>Aliaga</u>	<u>Abanto</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
24 09 1985 DÍA MES AÑO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	6	1

4 4 7 4 3 7 8 5	
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>Director</u>	9 5 2 9 6 0 2 9 5
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>armandoaliaga.03@gmail.com</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>Caserío Santa Rosa</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 de presidente/a Nombres y apellidos: <u>Armando Aliaga Abanto</u> DNI: <u>44743785</u>	FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Armando Aliaga Abanto</u> DNI: <u>44743785</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), Harakmbut (4), Awañit (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kukataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanesha (12), Cashinahua (13), Wapishana (14), Escocya (15), Shuaranukua (16), Murut-mururi (17), Karokai-chaypa (18), Kallinta (19), Matsés (20), Inlu (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukama lukarria (24), Ashaninka (25), Shunil (26), Siripibo-kuribo (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: 10/11/2023

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

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

MOTIVO DEL FORMATO

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

DATOS PERSONALES

<u>Erika Juliana</u>	<u>Zelada</u>	<u>Abanto</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>08/11/1990</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO	M <input checked="" type="checkbox"/>		

<u>46669444</u>	N° TELEFONO DOMICILIO
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	

<u>Docente de aula</u>	<u>988268507</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>zeladaabantoerikajuliana@gmail.com</u>
CORREO ELECTRONICO

<u>Caserío Santa Rosa.</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>[Firma]</u></p> <p>Firma y sello⁶ de presidente/a</p> <p>Nombres y apellidos: <u>Simón Abanto</u></p> <p>DNI: <u>44743785</u></p>	<p><u>[Firma]</u> </p> <p>FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante</p> <p>Nombres y apellidos: <u>Erika Juliana Zelada Abanto</u></p> <p>DNI: <u>46669444</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 (8).

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), Matalgenka (9), Jaqaru (10), Nonatsigenga (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murut-murnani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iñtu (21), Shiwili (22), Madja (23), Kukama lukemiria (24), Asharina (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

	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: 10/11/2023

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

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

MOTIVO DEL FORMATO

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

DATOS PERSONALES

<u>Oswaldo</u>	<u>Burga</u>	<u>Paredes</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
03/12/1982	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	6	1

41614660	
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>Padre de Familia</u>	
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

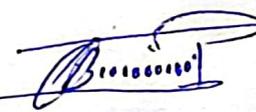
CORREO ELECTRONICO

<u>Caserío Santa Rosa</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>Armando Sliaga</u> DNI: <u>44743485</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Oswaldo Burga Paredes</u> DNI: <u>41614660</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), Aymara (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), Muru-muinari (17), Kandzsi-chapra (18), Kalinke (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwili (22), Madja (23), Kukama lukaminia (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-Ichibo (27) y otros (28)

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello de 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

	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: 10/11/2023

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	<input checked="" type="checkbox"/> La/el Vocal 3
---------------	--------------	---------------	---------------	---

MOTIVO DEL FORMATO

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

DATOS PERSONALES

<u>José</u>	<u>Villegas</u>	<u>Delgado</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>26</u> <u>07</u> <u>1986</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<u>6</u>	<u>1</u>
DIA MES AÑO			

<u>4</u> <u>3</u> <u>7</u> <u>6</u> <u>5</u> <u>8</u> <u>4</u> <u>8</u>	N° TELEFONO DOMICILIO
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	

<u>Padre de Familia</u>	<u>9</u> <u>6</u> <u>2</u> <u>1</u> <u>3</u> <u>2</u> <u>0</u> <u>7</u> <u>6</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

CORREO ELECTRONICO

<u>Caserío Santa Rosa.</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>Firma y sello de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>Armando Alaraga</u> DNI: <u>44743785</u></p>	<p>FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>José Villegas</u> <u>Delgado</u> DNI: <u>43765848</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), Harakut (4), Awajún (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakatalbo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanetsha (12), Cashinatua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murut-muinani (17), Kandaqi-chapra (18), Kallinle (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukama kukamirita (24), Ashaninka (25), Shaw (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

	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: 10 / 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"/>

DATOS PERSONALES

<u>Ladith</u>	<u>Hernandez</u>	<u>Calderón</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
11 01 1998 DÍA MES AÑO	M <input checked="" type="checkbox"/>	6	1

7 7 6 9 3 1 4 7	
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>Madre de Familia</u>	
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

CORREO ELECTRONICO

<u>Caserio Santa Rosa</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 de presidente/a Nombres y apellidos: <u>Armando Alcaza Abanto</u> DNI: <u>44743785</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Ladith Hernandez Calderon</u> DNI: <u>77693147</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), Awejún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakatalbo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Muri-mulnari (17), Kandozi-chapra (18), Kalnita (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwiu (22), Madja (23), Kukama lukemria (24), Asharinika (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 mismo/a 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.