

Santa Rosa 22 de diciembre del 2023.

OFICIO N° 016- 2023 I.E.I.N°1174S/R-D

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

DE LA : Prof. ANACELY PEREZ CAMPOS.
DIRECTORA DE LA IEI N°1174 "SANTA ROSA".

ASUNTO : REMITE ACTA, RD DE COFORMACION Y ACTUALIZACION DEL COMITÉ DE ALIMENTACION ESCOLAR - QALI WARMA DE LA IEI.1174 SANTA ROSA – PARA EL PERIODO 2024 NIVEL INICIAL.

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 Directora, APAFA y toda la comunidad educativa; al mismo tiempo; **ACTA, RD DE COFORMACION Y ACTUALIZACION DE COMITÉ DE ALIMENTACION ESCOLAR - QALI WARMA DE LA IEI 1174 SANTA ROSA – PARA EL PERIODO 2024 NIVEL INICIAL**; 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:



DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION
I.E. N° 1174 SANTA ROSA
GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN
DRE. SAN MARTIN - UGEL EL DORADO
I.E. N° 1174 SANTA ROSA
Prof. Anacely Pérez Campos
DIRECTORA

**ACTA DE CONFORMACION DEL COMITE DE CAE PARA EL PERIODO
2024 DE LA I.EI. 1174 SANTA ROSA**

En la localidad de Santa Rosa, siendo las 15: 15 horas del día miércoles 30 del mes de noviembre del año 2023, reunidos los señores: Prof. Anacely Pérez Campos (Directora), docentes, autoridades educativas y padres de familia en las instalaciones de la Institución Educativa N° 1174, 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 1174 SANTA ROSA						
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CARGO	TELEFONO	EMAIL	DIRECCIÓN ACTUAL
01	ANACELY PEREZ CAMPOS	71636387	PRESIDENTA	928477856	Anacelyperezcampos16@gmail.com	CAS. SANTA ROSA
02	WILSON CORONEL DELGADO	47781186	SECRETARIO	9705409775	.....	CAS. SANTA ROSA
03	DIANITH GARCIA TULUMBA	62406734	VOCAL 1	920089076	.....	CAS. SANTA ROSA
04	ELVIRA CLAUDIA GALLARDO SAUCEDO	26714881	VOCAL 2	.....	.....	CAS. SANTA ROSA
05	RUBEN CHICLOTE GALLARDO	77666356	VOCAL 3	.....	.....	CAS. SANTA ROSA



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
DRE. SAN MARTÍN - UGEL EL DORADO
I.E. N° 1174 SANTA ROSA

Anacely Pérez Campos
Prof. Anacely Pérez Campos
DIRECTORA

Resolución Directoral de la Institución Educativa N° 1174

R.D. N° 009– 2023-D-I.E. N° 1174–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 QaliWarma para el buen desarrollo del año 2024 en favor de los estudiantes de la IE 1174 Santa Rosa,

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL COMITÉ DE **CAE** DE LA IE N° 1174 SANTA ROSA, Distrito de San Martín provincia del Dorado de la Región de San Martín.

COMITE DEL CAE PARA EL PERIODO 2024 IE 1174 SANTA ROSA						
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CARGO	TELEFONO	EMAIL	DIRECCIÓN ACTUAL
01	ANACELY PEREZ CAMPOS	71636387	PRESIDENTA	928477856	Anacelyperezcampos16@gmail.com	CAS. SANTA ROSA
02	WILSON CORONEL DELGADO	47781186	SECRETARIO	9705409775	.....	CAS. SANTA ROSA
03	DIANITH GARCIA TULUMBA	62406734	VOCAL 1	920089076	.....	CAS. SANTA ROSA
04	ELVIRA CLAUDIA GALLARDO SAUCEDO	26714881	VOCAL 2	.....	.....	CAS. SANTA ROSA
05	RUBEN CHICLOTE GALLARDO	77666356	VOCAL 3	.....	.....	CAS. SANTA ROSA

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

Regístrese y Comuníquese,



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
DRE. SAN MARTÍN - UGEL EL DORADO
I.E. N° 1174 SANTA ROSA
Anacely Pérez Campos
Prof. Anacely Pérez Campos
DIRECTORA

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 CONFORMACIÓN/ACTUALIZACIÓN Y COMPROMISO DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1	

En el centro poblado/sector/urbanización SANTA ROSA del distrito de SAN MARTIN, provincia EL DORADO y departamento de SAN MARTIN.

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 15:10 del día 14 del mes de NOVIEMBRE del año 2023, la IE/ PRONOEI INICIAL con código modular N° 1678697, 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. ANACELY PÉREZ CAMPOS con DNI 11636387, 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
Presidenta/e	<u>ANACELY PÉREZ CAMPOS</u>	<u>11636387</u>	<u>DIRECTORA</u>
Secretaria/o:	<u>WILSON CORONEL DELGADO</u>	<u>47781186</u>	<u>PADRE DE FAMILIA</u>
La/el vocal:	<u>DIANITH GARCIA TULUMBA</u>	<u>62406734</u>	<u>MADRE DE FAMILIA</u>
La/el vocal:	<u>ELVIRA CLAUDIA GALLARDO SAUCEDO</u>	<u>26714881</u>	<u>MADRE DE FAMILIA</u>
La/el vocal:	<u>RUBEN CHICLOTE GALLARDO</u>	<u>77666356</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 16:05 horas del mismo día, firman el/la director/a de la IE y la/el presidente/a 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 directora, coordinador/a de PRONOEI o quien haga sus veces, de la IE ² Nombres y apellidos: <u>ANACELY PÉREZ CAMPOS</u> DNI: <u>11636387</u>	 Firma de presidenta APAFA o representante de las madres o padres de familia ³ Nombres y apellidos: <u>OSWALDO BURGA PAREDES</u> DNI: <u>41614660</u>
---	---

¹ Directora, subdirectora, 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: 14 / 11 / 2023

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

Presidencia/e	<input checked="" type="checkbox"/>	Secretaría/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>ANACELY</u>	<u>PÉREZ</u>	<u>CAMPOS</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>02</u> / <u>05</u> / <u>1996</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÍA / MES / AÑO			

<u>7</u> / <u>1</u> / <u>63</u> / <u>63</u> / <u>87</u>	<input type="checkbox"/>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>DIRECTORA</u>	<u>928477856</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>anacelyperezcampos16@gmail.com</u>
CORREO ELECTRÓNICO

<u>CASERIO SANTA ROSA - ALTO SISA</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 presidencia Nombres y apellidos: <u>Anacely Pérez Campos</u> DNI: <u>71636387</u>	FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Anacely Pérez Campos</u> DNI: <u>71636387</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), Kelejalbo (8), Mestizgerika (9), Jaqaru (10), Nomatsigenga (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sheranahua (16), Murul-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Ikitu (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukerna lukamiria (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 COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 14 / 11 / 2023

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

Presidencia/e	Secretaría/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>Wilson</u>	<u>CORONEL</u>	<u>DELGADO</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td>ANO</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							DÍA	MES	ANO				<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÍA	MES	ANO													

<u>4</u> <u>7</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>1</u> <u>1</u> <u>8</u> <u>6</u>	N° TELEFONO DOMICILIO
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	

<u>PADRE DE FAMILIA</u>	<u>9</u> <u>7</u> <u>0</u> <u>5</u> <u>4</u> <u>0</u> <u>9</u> <u>7</u> <u>5</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

CORREO ELECTRONICO

<u>CASERIO SANTA ROSA</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.

 Firma y sello de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>Anabel Pérez Campos</u> DNI: <u>71636387</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁶ del integrante Nombres y apellidos: <u>Wilson coronel Delgado</u> DNI: <u>47781186</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:

Espeñol (1), Quechua (2), Almerá (3), Harahtut (4), Awejún (5), Eso Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinari (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukema kukarinia (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 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

	Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WIRMA	PRT-017-PNAEQW-AJOP-FOR-002
Version N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITE DE ALIMENTACION ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 14 / 11 / 2023

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

Presidencia/	Secretaría/o	La/el Vocal 1	/	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
--------------	--------------	---------------	---	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
	X

DATOS PERSONALES

DIANITH	GARCIA	TULUMBA
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
09 / 03 / 1996	M X		
DIA MES AÑO			

6 2 4 0 6 7 3 4	
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	N° TELEFONO DOMICILIO

MADRE DE FAMILIA	9 2 0 0 8 9 0 7 6
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

CORREO ELECTRONICO

CASERIO SANTA ROSA
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 presidente/a Nombres y apellidos: <u>Anacely Pérez Campos</u> DNI: <u>71636387</u></p>	<p>FIRMA O HUELLA DACTILAR⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Dianith Garcia Tulumba</u> DNI: <u>62406734</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), Aymara (3), Mursi (4), Awajitiki (5), Eno Eja (6), Yano (7), Kichwa (8), Mestizo (9), Joruru (10), Homsa (11), Yanasha (12), Cashinsha (13), Wamra (14), Socos (15), Pirandrus (16), Muru-minari (17), Kanda-chagra (18), Kaitiro (19), Mistsés (20), Iltu (21), Shulu (22), Mada (23), Kikona Kikona (24), Asherika (25), Shulu (26), Shilpa-kirito (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: 14 / 11 / 2023

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

Presidencia/o	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>ELVIRA CLAUDIA</u> NOMBRES	<u>GALLARDO</u> APELLIDO PATERNO	<u>SAUCCO</u> APELLIDO MATERNO
----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁵
<u>05 / 06 / 1961</u> DÍA / MES / AÑO	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>2 6 7 1 4 8 8 1</u> DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	<input type="checkbox"/> N° TELEFONO DOMICILIO
---	---

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

<input type="text"/> 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 presidenta/e Nombres y apellidos: <u>Anacely Pérez Campos</u> DNI: <u>77636387</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>E. Claudia Gallardo S.</u> DNI: <u>26714881</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).

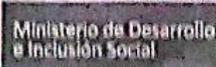
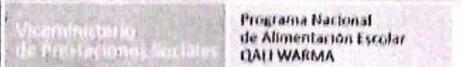
⁵ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Enq'et' (1), Q'eqchi' (2), Aymara (3), Huaraki (4), Awañit' (5), Ezo Eja (6), Yino (7), K'astall' (8), Malt'g'et' (9), Jaqaru (10), Norra'ng'et' (11), Yanesha (12), Cosñishua (13), Wamp' (14), Secoya (15), Shoranshua (16), Muru-m'linari (17), Kanch'it' (18), K'at'it' (19), Mats' (20), It'u (21), Shiwilu (22), Mad'jn (23), K'ujama k'ujam'it' (24), Astari'ka (25), S'is'ni (26), Sh'ap'bo-ken'bo (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

				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: 14 / 11 / 2023

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

Presidencia	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>RUBEN</u>	<u>chicote</u>	<u>GALLARDO</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁴	LENGUA MATERNA ⁶													
<table border="1"><tr><td>2</td><td>4</td><td>1</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td></tr><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td colspan="4">AÑO</td></tr></table>	2	4	1	0	2	0	2	DIA	MES	AÑO				<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	4	1	0	2	0	2										
DIA	MES	AÑO														

<u>7</u> <u>7</u> <u>6</u> <u>6</u> <u>6</u> <u>3</u> <u>5</u> <u>6</u>	
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>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.

 PRESIDENTE DE Firma y sello ⁷ de presidente/a Nombres y apellidos: <u>osvaldo Burga Parada</u> DNI: <u>41614660</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: <u>Ruben chicote Gallardo</u> DNI: <u>71666356</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).

⁶ 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), Harekbut (4), Awejún (5), Eseo Eja (6), Yino (7), Kalataibo (8), Malalgenka (9), Jaqaru (10), Nonstalgenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampia (14), Socoyo (15), Shoranahua (16), Murul-mulnaní (17), Kandazi-chagra (18), Káknle (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukama kukamria (24), Ashaninku (25), Shawl (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

⁷ 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.