

**FORMATO PARA EL REGISTRO DE BENEFICIARIOS (AS) DEL PROGRAMA DE COMPLEMENTACION ALIMENTARIA (PCA)**

MODALIDAD DEL PCA		DEPARTAMENTO:		DEL REPRESENTANTE DEL CENTRO DE ATENCION		PERIODO QUE REPORTA:	
NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCION:		PROVINCIA:		APELLIDO PATERNO		FECHA DE REGISTRO O CIERRE DE PADRON:	
		DISTRITO:		APELLIDO MATERNO		FECHA DE SUPERVISION : (LLENADO POR LA INSTITUCION)	
DIRECCION DEL CENTRO DE ATENCION:		CENTRO POBLADO:		NOMBRE		FECHA DE DIGITACION:	
CODIGO DEL CENTRO DE ATENCION:		REFERENCIAS PARA LLEGAR AL CENTRO DE ATENCION:		DNI		FECHA DE VALIDACION:	

NRO DE ORDEN	DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO						DIRECCION DEL BENEFICIARIO	(*) TIPO DE BENEFICIARIO	DATOS DEL PADRE / MADRE/ APODERADO (LLENAR SOLO EN CASO QUE EL BENEFICIARIO SEA MENOR DE EDAD)			
	(*) NUMERO DEL DOCUMENTO IDENTIDAD (DNI)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	SEXO H: HOMBRE M: MUJER	FECHA DE NACIMIENTO DIAS/MES/AÑO	INDIQUE LA DIRECCION COMPLETA DONDE RESIDE (ESPECIFIQUE EL DISTRITO Y CENTRO POBLADO EN CASO DE SER DIFERENTE AL DEL CENTRO DE ATENCION)		NUMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

(\*) Si nunca ha tramitado el documento de identidad señalar: NO TIENE

(\*\*) Los Tipos de Beneficiarios son: 1:Socio; 2:Público Usuario; 3:Caso Social; 4:Paciente; 5:Contacto

FIRMA Y SELLO DEL  
REPRESENTANTE DEL  
CENTRO DE  
ATENCION