

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL DE TUMBES**  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Tumbes, 22 de marzo de 2022

**OFICIO N° 008-2022-CTVC/TUMBES**

Directora Ejecutiva

**DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO**

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - Contigo

**Tumbes**

**Asunto:** se ALERTA UN (01) CASO

De mi mayor consideración

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle muy cordialmente a nombre del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana. Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e inclusión Social, así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia, adjunto al presente le hago llegar el siguiente CASO:

- CASO N°0009-2022-CTVC/TUM

Finalmente me permito pedirle que se realice la verificación de estos casos y concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma

A la espera de su pronta atención, quedo de usted

Atentamente

  
Aquino Engelberto Zurita Guerrero  
Responsable Regional de CTVC - Tumbes

Un **CASO RESUELTO** es aquel que el programa social ha comunicado al Comité - por escrito - manifestando:

1. Una conclusión sobre el CASO; precisando la **condición** de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
2. Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al caso; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
3. Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestran.
4. Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución a cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas.

**Calle Francisco Pizarro N° 231 - (Frente al Colegio Las Américas – Calle Francisco Navarrete**  
**Teléfono: (01) 422 6900, Celular: 942160416 - 942160878**  
**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / tumbes.rrctvcperu@gmail.com**  
**Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                                      |  |                                                         |  |                                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| Teléfono Tumbes: 942160878<br>Teléfono Nacional: 942160416                           |  | <b>CASO</b>                                             |  | N° 0009-2022-CTVC/TUM                                                 |  |
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     |  | <b>CONTIGO</b>                                          |  | 1. FECHA DE REGISTRO: 22/03/2022                                      |  |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |  |                                                         |  |                                                                       |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                                |  | AQUINO ENGELBERTO ZURITA GUERRERO                       |  | 3. NÚMERO-DNI: 02779390                                               |  |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                          |  | COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – TUMBES |  | 5. CARGO: RESPONSABLE REGIONAL                                        |  |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |  |                                                         |  | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 18/03/2022                                    |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     |  | TUMBES                                                  |  | 8. PROVINCIA: TUMBES                                                  |  |
| 9. DISTRITO:                                                                         |  | TUMBES                                                  |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN: CASERIO MALVAL BAJO                               |  |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                            |  | GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA     |  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 48090469-POTENCIAL USUARIO |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           |  | 01                                                      |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 punto Crítico                     |  |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |  |                                                         |  |                                                                       |  |

Con fecha 18/03//2022, se recibió la comunicación de la señora Leticia Elizabeth Moran Risco, quien reporta el caso de su hermano el señor Ismael Rodolfo Moran Risco, el mismo que fue registrado en la ficha de atención A-008-2022-TUM-D, identificándose el siguiente punto crítico:

- PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** La señora Leticia Elizabeth Moran Risco identificada con DNI N° 44224932, pone de manifiesto que en la localidad de Malval Bajo, domicilia el señor **Ismael Rodolfo Moran Risco identificado con DNI 48090469** quien es su hermano y que padece discapacidad y de acuerdo a los documentos presentados y que se anexan, se trataría de adulto con discapacidad severa que viven en una situación muy vulnerable, agrega además que dicho señor vive solo con su esposa e hijos, quienes también tendrían problemas de salud que por su condición en la que vive, desconoce los tramites que se deben realizar para acceder a los beneficios que brinda el programa, sin embargo indica que dichos documentos han sido presentados a la oficina de la OMAPEL del distrito, pero que hasta la fecha no tiene información del proceso de afiliación. De lo descrito es necesario hacer notar que el programa Contigo, debe realizar las gestiones necesarias y articular acciones con las entidades que corresponda, a fin de atender posibles casos de sub cobertura en la región, en especialmente en el distrito de corrales.

Por lo manifestado el Equipo Técnico debe señalar lo siguiente:

- El artículo 2 del Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP, que crea el Programa de pensión por discapacidad severa, establece que, El programa tiene por objeto **otorgar una pensión no contributiva a cargo del Estado a las personas con discapacidad severa que se encuentren en situación de pobreza** con la finalidad de elevar su calidad de vida. Sin embargo, la existencia de casos de sub cobertura, como el que se presenta en la alerta en mención, estaría afectando el cumplimiento de dicho objetivo.
- De acuerdo a la RDE 038-2021-MIDIS/PNPDS-DE, que modifica la directiva N.º 02-2019-MIDIS/PNPDS-DE, en su artículo 6 numeral 6.1.2, establecen como parte de los requisitos para ser beneficiarios de la pensión no contributiva. **Encontrarse en situación de pobreza** bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares-SISFOH.
- De acuerdo a los principios orientadores de la modernización de la gestión pública en el sector de desarrollo e inclusión, reconocidos en la Resolución Ministerial N° 270-2018-MIDIS, donde “se busca articular el diseño, conclusión de planes y programas específicos dirigidos a distritos grupos vulnerables, por parte de los ministerios competentes y los gobiernos, con el propósito de...promover y proteger la capacidad jurídica y el ejercicio

integral de los derechos de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad y abandono...”, en ese sentido el programa debe promover la articulación, con entidades públicas, privadas y sociedad civil a fin de solucionar los posibles casos de sub cobertura, de esta manera, coadyudar a mejorar las condiciones de vida la población más vulnerable que no se encuentra como usuarios del programa.

- Por último, la Ley de Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, artículo 76 numeral 76.2 en atención al criterio de colaboración las entidades deben: prestar en el ámbito propio la cooperación y asistencia activa que otras entidades puedan necesitar para el cumplimiento de sus propias funciones, salvo que les ocasione gastos elevados o ponga en peligro el cumplimiento de sus propias funciones.

#### **IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

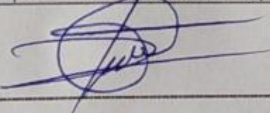
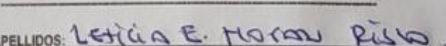
- Realice las indagaciones del punto crítico alertado y de comprobarse el hecho, nos informe sobre las medidas adoptadas y acciones para la solución del caso.
- Programa, propicie la articulación entre las instituciones, sectores y los gobiernos en todos sus niveles, para establecer vinculación entre sí y complementar capacidades, así como alinear objetivos y acciones con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad y abandono (personas con discapacidad severa).
- El programa de cumplimiento del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, publicado en el diario oficial El Peruano el 09 de enero del 2013, que establece una política de modernización, que tiene por objetivo general orientar articular e impulsar, en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública con resultados que impacten positivamente en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país.

#### **V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (01))**

1. Anexo 01: Ficha de Atención N° 008-2022-TUM-D (01folios)
2. Anexo 02: Copia de Carne (01folio)
3. Anexo 03: Copia de DNI (01 folio)
4. Anexo 04: Copia certificado de discapacidad (01 folio)
5. Anexo 05: Copia de CSE (01 folio)

  
Aquino Engelberto Zurita Guerrero  
Responsable Regional de CTVC - Tumbes

## ANEXO N° 01: FICHA DE ATENCIÓN N°A-008-2022-TUM-D

| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | FICHA DE ATENCIÓN                                                                       |                                                                                                                                                                      | FICHA N°                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social -LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 1. PROGRAMA por X:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CONTIGO (X) CUNA MÁS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( ) PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( ) |                                                                                                                                                                      | 2. FECHA de REGISTRO: 22/03/22 |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 3. Apellidos Nombres: Leticia Elizabeth Moron Risco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 4. Documento-DNI: 44224932                                                              |                                                                                                                                                                      | 6. Fecha-Nacimiento: -         |  |
| 5. Sexo (Género): Masculino ( ) Femenino (X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 8. Tiempo Residencia: ( ) MESES                                                         |                                                                                                                                                                      | 10. Telef. Personal: -         |  |
| 7. Es Usuario(a)? SI ( ) Fecha Afiliación / / NO (X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 12. Telf. Institucional: -                                                              |                                                                                                                                                                      | 14. Provincia: TUMBES          |  |
| 9. Correo Electrónico: -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 16. CCPP/Dirección: Malval Bajo                                                         |                                                                                                                                                                      | 17. FECHA OCURRENCIA: 18/03/22 |  |
| 11. Institución/Cargo: -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 13. Departamento: TUMBES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 15. Distrito: CORRALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 18. Departamento: TUMBES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 19. Provincia: TUMBES                                                                   |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 20. Distrito: CORRALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 21. CCPP/Dirección: Malval Bajo                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| <p>22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUE PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA, ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?</p> <p>A través de llamado telefónico la señora Leticia Elizabeth Moron Risco identificada con DNI 44224932, informo de la situación de su hermano ISMAEL Rodolfo Moron Risco identificado con DNI N° 48090469, indica que es una persona discapacitada y que viene atravesando una difícil situación, ya que no cuenta con recursos económicos para tratar los problemas de salud y sostener su familia y que sus familiares tampoco tienen problemas de discapacidad, desde entonces que los doscientos fueron presentados a la Oficina de OMAED del distrito pero que hasta la fecha no tiene respuesta sobre su seguridad de atención, por lo que solicita la situación de su proceso de atención.</p> |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 23. TIPO d ATENCIÓN: Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo (X) Queja ( ) Denuncia ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 24. TOTAL FOLIOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 25. Dctos. ADJUNTOS: Memorial ( ) Informe ( ) Oficio (X) Constancia ( ) Certificado (X) Partida Nacmto ( ) Copia DNI (X) DJ ( ) Otros ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| 26. OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                         |                                                                                                                                                                      |                                |  |
| NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                         | NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL                                                                                  |                                |  |
| <br>NOMBRES APELLIDOS: Oquiro & Zorita Guerrero<br>DNI: 82772312<br>CARGO: R.E. ctvc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                         | <br>NOMBRES APELLIDOS: Leticia E. Moron Risco<br>DNI: 44224932<br>CARGO: Hermano |                                |  |

ANEXO 02: COPIA DE CARNÉ DE DISCAPACIDAD

 **República del Perú**  
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad **1276-M-2017**



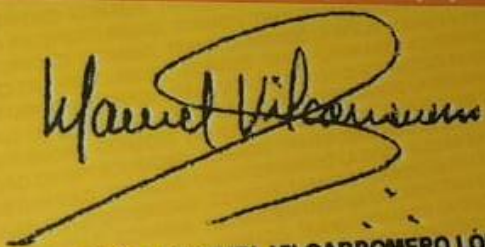
Apellidos:  
**MORAN RISCO**  
Nombres:  
**ISMAEL RODOLFO**  
DNI: **48090469**  
Discapacidad (CIDDM-OMS):  
**Conducta, Comunicación**  
Diagnóstico (CIE 10):  
**H90.3, F80.1**

**DUPLICADO**  
**CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS**

**CONADIS**  
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad  
**RESOLUCIÓN: 1276-M-2017**

**El titular de este carné se encuentra autorizado a usar gratuitamente el transporte público (Ley 30412)**

|                   |
|-------------------|
| Inscripción:      |
| <b>08/08/2017</b> |
| Emisión:          |
| <b>08/08/2017</b> |
| Caducidad:        |
| <b>08/08/2027</b> |




**ABOG. MANUEL VILCARROMERO LÓPEZ**  
Director de Investigación y Registro

El presente carnet, es personal e intransferible.  
Informes Av. Arequipa N° 375 Santa Beatriz - Lima 1

[illegible]

|                              |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO | CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO | CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO | CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO |
| CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO | CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO | CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO | CONSTANCIA<br>DE<br>SUFRAGIO |

Departamento  
**TUMBES**

Provincia  
**TUMBES**

Districto  
**CORRALES**

Dirección  
**CASERIO MALVAL BAJO MZ. 12 LT. 32**

Observaciones **DISCAPACIDAD FISICA**

Donación de Organos **NO**

Grupo de Votación **262150**

LA JEFATURA NACIONAL  
JEF. NACIONAL

000641 07442 0111 41587459

# ANEXO 04 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SEVERA

1.8/2021

Certificado de Discapacidad: 00320993

**PERU** Ministerio de Salud

**Certificado de Discapacidad**  
Aplicación de la ley N° 29973

Nro: 00320993  
00001888 - CORRALES

Establecimiento de Salud

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**  
Moran, Rocio, Emma Rodolfo

| SEXO      | EDAD              | N° H.C.  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | ETHIA   |
|-----------|-------------------|----------|------------------------|---------|
| Masculino | Años: 33 Meses: 8 | 48090469 | DN/LE<br>48090469      | Mestizo |

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROVIDIS): Tumbes / Tumbes / Corrales DIRECCION RENIEC: Lima

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROVIDIS): Tumbes / Tumbes / Corrales DIRECCION ACTUAL: CORRALES

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? Si

| II. DIAGNOSTICO DE DAÑO                                           | CE   | III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO             | CE   |
|-------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|
| Hipoacusia neurosensorial, bilateral                              | H903 | Asfixia del nacimiento, no especificada | P219 |
| Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado | F809 | Asfixia del nacimiento, no especificada | P219 |

**IV. DISCAPACIDAD**

| De La Conducta                                                                                                                                                                  | 4 | 0 Sin limitación                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De La Comunicación <td>4</td> <td>1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda</td>                                                                          | 4 | 1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda                                                                              |
| Del Cuidado Personal <td>4</td> <td>2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda</td>                                                                        | 4 | 2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda                                                                              |
| De La Locomoción <td>1</td> <td>3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona</td>                                                                                 | 1 | 3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona                                                                                   |
| De La Disposición Corporal <td>1</td> <td>4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo</td>                                                        | 1 | 4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo                                                                    |
| De La Destreza <td>1</td> <td>5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir</td> | 1 | 5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir |
| De Situación <td>1</td> <td>6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal</td>                                                                     | 1 | 6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal                                                                   |

**V. GRAVEDAD**

| Discapacidad                                                                                                       | 1 | Si el código es 7, la persona tiene discapacidad leve                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leve <td></td> <td></td>                                                                                           |   |                                                                                                |
| Discapacidad Moderada <td>2</td> <td>Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada</td>  | 2 | Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada                        |
| Discapacidad Severa <td>3</td> <td></td>                                                                           | 3 |                                                                                                |
| <td>4</td> <td>Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de</td> | 4 | Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de |
| <td>5</td> <td>favorabilidad la persona tiene discapacidad severa</td>                                             | 5 | favorabilidad la persona tiene discapacidad severa                                             |

**VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES**

**De apoyo**

☐ Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

☐ Otros productos de apoyo

**Personales**

☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

**No requiere**

☐ No requiere

☐ Para marcha y transporte

☒ Para comunicación, información y señalización

☒ Dependencia de otra persona

**VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

- %

¿Es diferido? Si

1/2

lacweb.minsa.gob.pe/certificado/ver/22623196-a19p-4e12-9ada-25bbc13b34a6/

9/2021

Certificado de Discapacidad: 00320593

**VII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**

Se recomienda su reevaluación en 60 meses desde la fecha de expedición.

**LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN**

PASAJE ALEJANDRO HENCKELL 24 de Agosto de  
N° 104 2021  
Tumbes - Tumbes - Corrales

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL  
EVALUADO**



**APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA**  
PINILLOS VASQUEZ, JAVIER JOHNATAN

**N° CMP**  
67880

**N° RNE**

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE  
CERTIFICA**

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE  
SERVICIO O DEPARTAMENTO**

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE O  
DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO**

**MINISTERIO DE SALUD**  
Dirección Regional de Salud Tumbes  
*Dr. Javier J. Pinillos Vasquez*

**GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES**  
DIRECCION REGIONAL CI  
*Weyla D. Martinez T.*  
JEFE DE LA UNIDAD REG. EST. P. L. S.

(Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores: (CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)

# ANEXO 05 CLASIFICACIÓN SOCIOECONOMICA

## RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRES: ISMAEL RODOLFO APELLIDOS: MORAN RISCO FECHA DE NACIMIENTO: 31-JAN-88 SEXO: HOMBRE

### 1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 5427647  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 48090469  
APELLIDO PATERNO: MORAN  
APELLIDO MATERNO: RISCO  
NOMBRES: ISMAEL RODOLFO  
SEXO: MASCULINO  
FECHA DE NACIMIENTO: 31/01/1988  
HOGAR ESTADO: VIGENTE  
FECHA EMPADRONAMIENTO: 24/10/2019

### 2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: TUMBES  
PROVINCIA: TUMBES  
DISTRITO: CORRALES  
UBIGEO: 240102  
CENTRO POBLADO: SAN PEDRO DE LOS INCAS  
CODIGO CENTRO POBLADO: 0001  
DIRECCION: JR. LAS LOMAS NRO. PUERTA 124 PISO.01  
REFERENCIA DE DOMICILIO: AL COSTADO DEL PARQUE DE LA LECHUZA  
TIPO DE CARGA: FSU-2013

### 3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 25/10/2019  
FECHA VIGENCIA FINAL: 25/10/2023  
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE  
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (2)  
AREA: URBANO  
NRO DE TIPO DE FORMATO: 15246694

(2) Por nueva información proporcionada

### 4. INTEGRANTES DEL HOGAR

| NRO. | NRO.DOCUMENTO | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | APELLIDO CASADA | NOMBRES          | SEXO      | FECHA NACIMIENTO |
|------|---------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------|------------------|
| 1    | 00226172      | RISCO            | MALMACEDA        |                 | NIDIA AIZA       | FEMENINO  | 18-MAY-64        |
| 2    | 00225595      | MORAN            | SEMINARIO        |                 | ARNULFO          | MASCULINO | 03-NOV-57        |
| 3    | 48090469      | MORAN            | RISCO            |                 | ISMAEL RODOLFO   | MASCULINO | 31-JAN-88        |
| 4    | 74408357      | NEYRA            | BENITES          |                 | ALEJANDRA ASARAI | FEMENINO  | 10-APR-94        |
| 5    | 79148832      | INFANTE          | NEYRA            |                 | SEBASTIAN EDSON  | MASCULINO | 18-MAY-15        |
| 6    | 91920540      | MORAN            | NEYRA            |                 | DEREK EMIR       | MASCULINO | 07-JUL-20        |