

**PERÚ****Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
de Asistencia Solidaria
PENSIÓN 65**

**Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”**

Puerto Maldonado, 01 de julio de 2021

OFICIO N° 033 -2021-MIDIS/P65-DE-UT.MDD

Señor:

ELVIS R. VILLAYERDE NICOLAS

Responsable Regional

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana

Jr. Loreto N° 171 (Oficina de la Mesa de Concertación) – Puerto Maldonado.

Presente.-

Asunto : Caso alertado

**Referencia : Oficio N° 043-2021-CTVC/MAD
(CASO N° 031-2021-CTVC/MAD)**

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, y en atención al documento de la referencia, manifestarle lo siguiente:

1.- Con relación al **CASO N°031-2021-CTVC/MAD**, mediante el cual comunica que el señor Andrés Urquia Cuchitineri, con DNI N° 41455714, usuario del Programa Pensión 65, quien manifiesta tener dificultades para acudir al punto de pago, debido a enfermedad / discapacidad, así mismo asegura desconocer el procedimiento para solicitar a un tercero para que cobre su pensión.

Con fecha 30 de abril, se recepciono informe N° 015-2021-MIDIS/DE-UT.MDD/LUH, cuyo detalle contenía que con fecha 23 de abril, se dio inicio al proceso de tercero autorizado, siendo su apoderada la Sra. Nelsy Mark Urquia Moreno, con DNI N° 45539489, con domicilio en la calle Santa Rosa, provincia y distrito de Tahuamanu, teléfono de contacto N° 985371515. Se adjunta copia de solicitud de designación de tercera persona autorizada.

El trámite iniciado, debe ser tramitado para el siguiente pago, que está programado para la segunda quincena del mes de agosto, que corresponde a la 4ta. Relación Bimestral de Usuarios (RBU) del presente año.

Por otro lado, manifestarle que el ciudadano Urquia, con fecha 05 agosto 2020, fue atendido con carta poder extendía por Juez de Paz, actuando como apoderada su hija Eddyn Aradivi Veintemillas DNI N° 80059083, quien procedió a realizar el cobro respectivo en la agencia de Iberia del Banco de la Nación, operación realizada con fecha 28 de agosto del 2020. Asimismo, en todo el proceso tanto de la gestión de la Carta Poder, el retiro del dinero y entrega al usuario, ha estado presente un personal del programa Pensión 65. Habiéndose, atendido y culminado dentro del marco normativo del Programa “Pensión 65”, y, atendiendo a los criterios comunicados por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, dicha acción fue comunicado con oficio N° 064-2020-MIDIS/P65-DE-UT.MDD, con fecha 08 de setiembre del 2020.

Con fecha 06 de junio, se ha tomado conocimiento, que el usuario falleció el sábado 05 de junio del presente año, siendo causa de muerte anemia crónica, según certificado de defunción, otorgada por establecimiento de salud. Se adjunta copia de certificado de defunción general.

**PERÚ****Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
de Asistencia Solidaria
PENSIÓN 65**

**Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”**

R LO TANTO, se concluye que el CASO alertado, ha culminado dentro del marco normativo del Programa “Pensión 65”, y, atendiendo a los criterios comunicados por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana.

Cualquier situación de consulta, no dude en dirigirse a la oficina de la Unidad Territorial Madre de Dios, ubicada en: Fonavi H-16 (altura cuadra 8 del Jr. Cajamarca) – Madre de Dios. La misma que atiende en el horario de 08:30 am a 05:30 pm de lunes a viernes o comunicarse a los teléfonos: 082-793074 – (#) 943 124 853

Atentamente;

C.c. archivo
RCJ/zbp

**Pioneros en Certificación Antisoborno ISO 37001
Certificación de todos sus procesos ISO 9001:2015**

FONAVI H-16 (Cdra. 8 del Jr. Cajamarca) Puerto Maldonado, Madre de Dios-Perú/Teléfono: 082-633501–Línea gratuita: 0-800-11-007

www.pension65.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
de Asistencia Solidaria
PENSION 65

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Viceministerio de Prestaciones Sociales Programa Nacional de Asistencia Solidaria PENSION 65

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

INFORME N° 15 -2021-MIDIS/P65-DE-UT-MDD/PT03

RECIBIDO
PENSION 65
UNIDAD TERRITORIAL MADRE DE DIOS
FECHA 20/4/21

A : Econ. ROMULO CLAVERI JARANDILLA
Jefe de Unidad Territorial Madre de Dios

DE : LILIANA URQUIA HUINGA
Promotora Tahuamanu - UT Madre de Dios

ASUNTO : Remito Informe de designación de tercera persona autorizada.

Fecha : Puerto Maldonado, 29 de abril del 2021.

Acreencias

Por el presente me dirijo a usted para remitir a su Despacho, el informe sobre **DESIGNACIÓN DE TERCERA PERSONA AUTORIZADA:**

I. ANTECEDENTES

La Unidad Territorial Madre de Dios, a través de mi persona realizó las visitas domiciliarias a usuarios que requieren apoyo de terceras personas para trasladarse hasta el punto de pago, ya sea por discapacidad severa, o tener alguna otra enfermedad que les impida trasladarse, se ubicó en la vivienda al usuario **ANDRES URQUIA CUCHITINERI**, de 77 años de edad, identificada con DNI N° 05063211, domiciliada en Calle Santa Rosa, Distrito de **Tahuamanu, provincia de Tahuamanu, departamento de Madre de Dios**, quien manifiesta no encontrarse en condiciones para asistir a la agencia del Banco de la Nación de Puerto Maldonado para cobrar la subvención económica bimensual **SITUACION DE DISCAPACIDAD** y que no puede desplazarse.

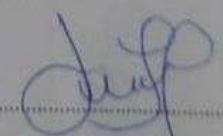
En tal sentido, manifiesta **AUTORIZAR** a la Señora **NELSY MARK URQUIA MOORENO**, con DNI N° 45539489 quien es **FAMILIAR** y ejerce el cuidado permanente del usuario.

II. CONCLUSIONES

Vista la solicitud de la Usuaría del Programa Pensión 65, se recomienda realizar el trámite respectivo de pago por terceras personas, por ser persona que tiene **DISCAPACIDAD** y no puede movilizarse.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


Liliana Urquia Huinga
42566425
Promotora Tahuamanu

Pioneros en Certificación Antisoborno ISO 37001
Certificación de todos sus procesos ISO 9001:2015

FONAVI H-16 (Cdra. 8 del Jr. Cajamarca) Puerto Maldonado, Madre de Dios-Perú/Teléfono: 082-633501-Línea gratuita: 0-800-11-007
www.pension65.gob.pe

Pioneros en Certificación Antisoborno ISO 37001
Certificación de todos sus procesos ISO 9001:2015

FONAVI H-16 (Cdra. 8 del Jr. Cajamarca) Puerto Maldonado, Madre de Dios-Perú/Teléfono: 082-633501-Línea gratuita: 0-800-11-007
www.pension65.gob.pe

**PERÚ****Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
de Asistencia Solidaria
PENSIÓN 65**

**Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

pensión65 tranquilidad para más peruanos	Directiva	Fecha: 18/06/2021 Páginas: 1 de 3
	Autorización de cobro por tercero de la subvención económica otorgada por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65"	

ANEXO 1**SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE TERCERA PERSONA AUTORIZADA**El que suscribe Sr(a) Andres Urquía CuchitineriUsuario (a) del Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", identificado(a) con DNI N° 05063211 con domicilio en Calle Santa Rosa, distrito Tahuamanu, provincia Tahuamanu, departamento Madre de Dios, teléfono _____ y correo electrónico _____.

Declaro presentar deterioro de mi capacidad funcional que me dificulta el desplazamiento al punto de pago de la subvención económica otorgada por el Programa Pensión 65, debido a una o más de las siguientes condiciones:

- ☐ Causas propias de la etapa de vida adulta mayor.
☐ Accidentes.
☒ Situación de discapacidad.

Por lo expuesto, solicito se designe en calidad de tercero autorizado para el cobro de mi subvención económica que me otorga el Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", a:

Nombres y Apellidos: Nelsy Mark Urquía Moreno, N°: _____ DNI: 45339489, Domicilio: Calle Santa Rosa, distrito Tahuamanu, provincia Tahuamanu, departamento Madre de Dios, teléfono 985371815, correo electrónico: _____.**Tipo de relación con el/la usuario/a solicitante, marcar con X las opciones que corresponda:**

- ☒ Familiar directo hasta el tercer grado de consanguinidad y que resida en el mismo lugar que el/la usuario/a.
☐ Persona que ejerce el cuidado permanente del/la usuario/a y reside en el mismo lugar.
☐ Persona que ejerce el cuidado permanente del/la usuario/a que no reside en el mismo lugar.
☐ Persona que, por su función pública o privada, ejerce un deber de cuidado, de prestación de servicios o de tutela de derechos respecto al/la usuario/a, designada mediante Resolución Directoral.
☐ Detallar función pública o privada que ejerce: _____
☐ Detallar institución pública o privada donde labora: _____
☐ Persona natural no comprendida en los supuestos anteriores, que cuenta con la confianza del usuario solicitante y que goza del reconocimiento de la comunidad:

Detallar: _____

Fecha

23 / 04 / 2021**Huella dactilar**Usuario Solicitante
DNI N° 05063211
Andres Urquía Cuchitineri

Si _____ No _____ autorizo al Programa Pensión 65 a comunicarme el resultado de mi solicitud a través del correo electrónico indicado. En caso el usuario/a no le sea posible firmar, deberá registrar su huella dactilar.



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
de Asistencia Solidaria
PENSIÓN 65

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

pensión65 compromiso por la vida presente	Directiva	Fecha: 25/03/2021 Páginas: 2 de 3
	Autorización de cobro por tercero de la subvención económica otorgada por el Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65"	

Anexo 2

DECLARACIÓN JURADA DE TERCERA PERSONA AUTORIZADA

El que suscribe Sr(a) Nelsy Mark Uguia Moreno (identificado(a) con DNI N° 45539489 con domicilio en Calle Santa Rosa dentro Tahuamanu provincia Tahuamanu, departamento Madre de Dios, teléfono 983231515

Declaro conocer los alcances del mecanismo de cobro autorizado, regulado en el Decreto Supremo N° 081-2011-PCM y sus modificatorias, que crea el Programa Social denominado Programa Nacional de Asistencia Solidaria "Pensión 65", comprometiéndome a efectuar el cobro de la subvención económica autorizada por el usuario/a Sr(a) Andrés Uguia Cuchitineri usuario(a) del Programa Pensión 65, haciéndole entrega de la misma de manera oportuna y de forma completa. Asimismo, manifiesto tener conocimiento respecto a las responsabilidades legales en caso no cumpla con la entrega de la subvención económica en la manera y forma establecida.

Fecha
23 / 04 / 2021

Nelsy Mark Uguia Moreno
Nombre tercera persona autorizada
DNI N° 45539489
Nelsy Mark Uguia Moreno


Huella dactilar

.* En caso la tercera persona autorizada no le sea posible firmar, deberá registrar su huella dactilar



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Asistencia Solidaria
PENSIÓN 65

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

1716001215 Madre de Dios 001215

CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

El que suscribe certifica que: 1. Atendió al difunto en su última enfermedad ☒ 2. Únicamente constató la defunción ☐ 3. Haber realizado la necropsia ☐

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

1.1 Condición de identificación: 1. Persona identificada ☒ 2. Documento nacional de identidad ☐ 3. Pasaporte ☐ 4. Otro ☐ Especificar: ☐

1.2 Documento de identidad: 1. Documento nacional de identidad ☐ 2. Carnet de extranjería ☐ 3. Partida de nacimiento ☐ 4. Otro ☐ Especificar: ☐

1.3 Pre-nombres: ANDRÉS

1.4 Primer apellido: URQUIVIA

1.5 Segundo apellido: CUCHITINERI

1.6 Apellido de casado: —

1.7 Sexo: Masculino ☒ Femenino ☐ Indeterminado ☐ 1.8 Edad: 36 Años ☐ Meses ☐ Días ☐ Horas ☐ Ignorado ☐

2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha: 20/06/2011 2.2 Hora: 12:42 de la 24 hrs

2.3 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud ☐ 2. Domicilio ☒ 3. Centro laboral ☐ 4. Vía pública ☐ 5. En tránsito ☐ 6. Otro ☐ 99. Ignorado ☐

2.4 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.5 Dirección: TAHUAMANI

2.6 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.7 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.8 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.9 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.10 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.11 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.12 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.13 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.14 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.15 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.16 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.17 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.18 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.19 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.20 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.21 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.22 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.23 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.24 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.25 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.26 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.27 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.28 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.29 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.30 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.31 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.32 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.33 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.34 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.35 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.36 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.37 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.38 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.39 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.40 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.41 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.42 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.43 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.44 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.45 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.46 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.47 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.48 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.49 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.50 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.51 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.52 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.53 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.54 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.55 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.56 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.57 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.58 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.59 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.60 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.61 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.62 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.63 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.64 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.65 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.66 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.67 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.68 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.69 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.70 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.71 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.72 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.73 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.74 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.75 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.76 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.77 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.78 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.79 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.80 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.81 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.82 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.83 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.84 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.85 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.86 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.87 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.88 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.89 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.90 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.91 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.92 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.93 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.94 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.95 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.96 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.97 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.98 Dirección: MAIDRE DE DIOS

2.99 Dirección: SAÑA LORIENTZO

2.100 Dirección: MAIDRE DE DIOS

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN GENERAL (Solo para uso estadístico)

1. Lugar de procesamiento: 11 Departamento: MD 12 Provincia: 03 13 Distrito: 03 14 Centro poblado: 305

2. Tipo de documento de identidad: 1. Documento nacional de identidad ☐ 2. Carnet de extranjería ☐ 3. Pasaporte ☐ 4. Partida de nacimiento ☐ 5. Otro ☐

3. Tipo de seguro o financiador de salud: 1. SIS ☒ 2. Es SALUD ☐ 3. Sanidad FAP ☐ 4. Sanidad NAVAL ☐ 5. Sanidad EP ☐ 6. Sanidad PNP ☐ 7. Privados ☐ 8. Sin Seguro ☐ 9. Ignorado ☐

4. Datos del fallecido: 41 Sexo: 1. Masculino ☒ 2. Femenino ☐ 42 Estado civil: 1. Casado(a) ☐ 2. Soltero(a) ☐ 3. Viudo(a) ☐ 4. Ignorado ☐ 43 Edad: 36 44 Nivel de instrucción: 1. Ningún nivel / letrado ☐ 2. Secundaria completa ☐ 3. Superior no universitaria incompleta ☐ 4. Superior no universitaria completa ☐ 5. Primaria incompleta ☐ 6. Primaria completa ☐ 7. Superior universitaria incompleta ☐ 8. Superior universitaria completa ☐ 9. Ignorado ☐ 45 Ocupación: 1. Si ☐ 2. No ☒ 3. Ignorado ☐ 46 En que: ☐

5. Residencia habitual del fallecido: 51 País: PERU 52 Departamento: MD 53 Provincia: 03 54 Distrito: 03 55 Centro poblado: 305

6. Lugar, fecha y hora de fallecimiento: 61 Departamento: MD 62 Provincia: 03 63 Distrito: 03 64 Centro poblado: 305 65 Dirección: SAÑA LORIENTZO

66 Fecha: 20/06/2011 67 Hora: 12:42

68 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud ☐ 2. Domicilio ☒ 3. Centro de trabajo ☐ 4. Vía pública ☐ 5. En tránsito ☐ 6. Otro ☐ 99. Ignorado ☐

69 Nombre del establecimiento de salud: —

70 Certificado por: 1. Médico(a) ☐ 2. Obstetra ☐ 3. Enfermero(a) ☒ 4. Otro profesional de la salud ☐ 5. Personal técnico o auxiliar de la salud ☐

71 El que certifica declara: 1. Atendió al difunto en su última enfermedad ☒ 2. Únicamente constató la defunción ☐ 3. Haber realizado la necropsia ☐

72 Causa de la defunción: a) Anemia crónica b) — c) — d) —

73 Causa de la defunción: 1. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a) Anemia crónica 2. Causas antecedentes: (b, c y d) Estados médicos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica — 3. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo —

74 Intervalo que pasó entre el diagnóstico de la enfermedad y la muerte: a) 01 año b) — c) — d) —

75 CIE - 10: 053.9

76 El registro continúa al reverso

Pioneros en Certificación Antisoborno ISO 37001
Certificación de todos sus procesos ISO 9001:2015

FONAVI H-16 (Cdra. 8 del Jr. Cajamarca) Puerto Maldonado, Madre de Dios-Perú/Teléfono: 082-633501-Línea gratuita: 0-800-11-007
www.pension65.gob.pe

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

3. DATOS DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

3.1 Documento de identidad
 1. Documento nacional de identidad ☒ 2. Pasaporte ☐
 Número: 7211846105

3.2 Transmisor/a FILIORE DEL ROSARIO ANDRÉS

3.3 Primer apellido MAMANI

3.4 Segundo apellido CARRASQUILLA

3.5 N° de registro del colegio profesional 1106450

3.6 Médico(a) ☐ Obstetra ☐ Enfermera(o) ☒ Otro profesional de la salud ☐ Personal técnico o auxiliar de la salud ☐

3.7 Sexo y fecha de certificación
 Documento: 117 Nacionalidad: OB Ciudad: 1013 Ciudad provincia: 13013 Día: 21 Mes: 06 Año: 2021

7 Causa de la defunción
 74 En caso de muerte violenta o causa externa especifique si fue:
 1. Suicidio ☐ 2. Homicidio ☐ 3. Accidente de tránsito o transporte ☐ 4. Accidente de trabajo ☐ 5. Otro accidente ☐ 6. En investigación ☐ 7. Ignorado ☐
 75 Se realizó necropsia al fallecido: 1. Si ☐ 2. No ☒

8 Muerte de mujer en estado de gestación, parto y puerperio
 81 Durante:
 1. Embarazo ☐ 2. Parto ☐ 3. Puerperio (hasta 42 días) ☐ 4. Defunción materna tardía (43 días - 364 días) ☐ 5. Ignorado ☐
 82 Edad gestacional (22 semanas y más)
 1. En semana 2. En día 3. Ignorado ☐
 83 ¿Se realizó control prenatal? 1. Si ☐ 2. No ☐ 84 ¿Cuántos controles? 85 Tiempo de hospitalización (días)

9 Datos de la persona que certifica la defunción
 91 Prendones y apellidos: _____
 92 Documento de identidad:
 1. Documento nacional de identidad ☒ 2. Pasaporte ☐ 3. Documento de extranjería ☐
 Número: 7211846105
 93 Profesión: Lic. Enfermería
 94 N° de registro del colegio profesional: 1106450
 95 Dirección: Son Luento
 Jr. / Calle / Av. / Pl. / Manz. / Otro: _____
 96 Distrito: Tahuamanu
 97 Firma y sello: _____
 Lic. ENFERMERIA
 CEP 0104450

INSTRUCCIONES GENERALES

(*) Código RENAES, es el código único de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, públicos y privados, el cual forma parte del Catálogo Sectorial de "Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", en cumplimiento de la RM N° 384-2008/MINSA, la cual esta soportado por un aplicativo web, el cual permite al público general acceder a las consultas de datos de los Establecimientos y Salud sin restricción. <http://app12.susalud.gob.pe/views/ConsultaPorCodigoUnico.aspx>

- Para los casos de fallecimiento en el Domicilio, el profesional de salud que constata o certifica la muerte entregará el formulario de la defunción al familiar de fallecido para la inscripción en el Registro Civil. Y el informe estadístico será remitido por el Registro Civil al Establecimiento de Salud más cercano o el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.
- Para aquellos casos en que la muerte ocurra en establecimientos de salud que no cuenten con sistema en línea, el informe estadístico deberá quedarse en el establecimiento de salud para su procesamiento o remitirlo a la instancia de Salud que realice el procesamiento correspondiente y el Certificado de Defunción se entregará al familiar del fallecido.
- El responsable de la Certificación de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara e imprentas.
- El responsable de la Certificación de la defunción deberá verificar los datos a registrar en la sección "IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO" con documentos probatorios.
- En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa, el Médico Legista o el médico que designe la autoridad competente también deberá de llenar el presente formulario.
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio deberá llenarse además la sección 8.
- Está terminantemente prohibido que el Médico u Otro Profesional de Salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo dependencia.
- En caso de desconocerse el sexo o la edad solicitado en el presente formulario, el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjuntarlos o estimarlos.