



**FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (F.U.T)**  
**R.M. N° 0195-2005-ED**

INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR TECNOLÓGICO  
PÚBLICO "MARCO"

**SUMILLA: Solicito licencia por  
fallecimiento de mi señora madre**

SEÑORA DIRECTORA DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PÚBLICO " MARCO"			
2. DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE			
Ela Olivera Bordaes			
3. DATOS DEL USUARIO (Nombres y Apellidos)			
Docente			
4. CARGO ACTUAL			
5. D.N.I	20037705	6. CODIGO MODULAR	
7. TELEF./CEL	964108030	8. EMAIL	elaolivera30@gmail.com
Pasaje otoño 164- El tambo - Huancayo			
9. DOMICILIO DEL USUARIO			
10.FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO			
<p>Me es grato dirigirme a Ud. Para saludarla y solicitar por este medio su apoyo considerar otorgarme licencia por el sensible fallecimiento de mi señora madre. Adjunto certificado de defunción.</p> <p>Por lo expuesto</p> <p>Ruego acceder a mi solicitud por ser justicia que espero alcanzar</p>			
11. DOCUMENTOS DEL PEDIDO			
PLAN DE PRODUCCIÓN			
Marco, 09 de julio del 2024		 Ela Olivera Bordaes MS. EN INDUSTRIAS ALIMENTARIAS CIP. 83247	
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL USARIO	



2000954967



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

El que suscribe certifica: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCION

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

1.1 Condición de Identificación: PERSONA IDENTIFICADA  
 1.2 Documento de Identidad: DNI LE 19941860  
 1.3 Prenombres: AGUSTINA PILAR  
 1.4 Primer Apellido: BORDAES  
 1.5 Segundo Apellido: DE OLIVERA  
 1.6 Sexo: FEMENINO    1.7 Edad: 86 AÑOS Aprox    1.8 Nacionalidad: PERUANA

## 2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha: 07/07/2024    2.2 Hora: 20:40:00  
 2.3 Sitio de ocurrencia: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION DE HUANCAYO - AV. DANIEL A CARRION N° 1552-1556 - AMERICA / PERU / JUNIN / HUANCAYO / HUANCAYO  
 2.4 Causa básica del fallecimiento: INFECCION DEL TRACTO URINARIO

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

3.1 Documento de Identidad: DNI LE 70176188  
 3.2 Prenombres: EDER GUSTAVO  
 3.3 Primer Apellido: HINOSTROZA  
 3.4 Segundo Apellido: DOMINGUEZ  
 3.5 N° de registro del colegio profesional: 069489    3.6 Profesión: MEDICO  
 3.7 Sitio y fecha de certificación: HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION DE HUANCAYO - 8 DE JULIO DE 2024

<https://portal.minsa.gob.pe/verificacionQRRC/#verificaciondel>



Firmado digitalmente por:  
 HINOSTROZA DOMINGUEZ EDER GUSTAVO  
 FIR: 70176188 hard  
 Motivo: Soy el autor del documento  
 Fecha: 08/07/2024 02:24:18

N. CDEF: 2000954967  
Clave: 1101SKW

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

## INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL

### 4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

4.1 Nombres y Apellidos: AGUSTINA PILAR, BORDAES DE OLIVERA  
 4.2 Grupo étnico: MESTIZO  
 4.3 Documento de identidad: DNI LE 19941860  
 4.4 Sexo: FEMENINO    4.5 Edad: 86 AÑOS

### 5. DATOS DEL FALLECIMIENTO

5.1 Lugar: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION DE HUANCAYO - AV. DANIEL A CARRION N° 1552-1556 - AMERICA / PERU / JUNIN / HUANCAYO / HUANCAYO  
 5.2 Fecha: 07/07/2024    5.3 Hora: 20:40:00

### 6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

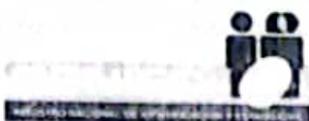
6.1 Documento de Identidad: DNI LE 70176188  
 6.2 Nombres y Apellidos: EDER GUSTAVO, HINOSTROZA DOMINGUEZ  
 6.3 N° de registro del colegio profesional: 069489    6.4 Profesión: MEDICO  
 6.5 El que certifica declara: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCION

Firmado digitalmente por:  
 HINOSTROZA DOMINGUEZ EDER GUSTAVO  
 FIR: 70176188 hard





2000954967



*Handwritten signature*

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**7. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN**

<b>7.1 Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)</b>	<b>Intervalo</b>
- CIE-X (a): J960 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	6 HORAS
<b>7.2 Causas Antecedentes: Estados morbosos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</b>	<b>Intervalo</b>
- CIE-X (b): E141 - CETOACIDOSIS DIABETICA	2 DIAS
- CIE-X (c): N390 - INFECCION DEL TRACTO URINARIO	3 DIAS
<b>7.3 Se realizó necropsia</b> NO SE REALIZÓ NECROPSIA	

**INSTRUCCIONES GENERALES**

1. El responsable de la Certificación de la Defunción deberá verificar los datos de la sección IDENTIFICACIÓN DEL DIFUNTO con documentos de identificación oficiales o documentos probatorios.
2. Asimismo, el responsable de la Certificación de la Defunción deberá registrar sus datos de identificación en las secciones denominadas DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN, asimismo, deberá consignar su IMPRESIÓN DACTILAR (índice derecho) en los recuadros impresos para ello.
3. En el caso de MUERTE VIOLENTA O CAUSA EXTERNA, o MUERTE DE MUJERES ASOCIADA A GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO, debe registrarse en el paso 2 FALLECIMIENTO: DATOS DEL FALLECIMIENTO del sistema.
4. Está terminantemente prohibido que el responsable de la Certificación de la Defunción certifique la defunción de los familiares directos o personas que estén bajo su dependencia.

**PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE**