

Si que suscribe certifica que: atendió al difunto en su última enfermedad ☒ o únicamente constató la defunción ☐
 Nombres y apellidos del fallecido LEANDRO PERDOMO COTRINA Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒
 Edad 95 AÑOS Documento de identidad DNI N° 00 9186 31 Fecha de fallecimiento: el día 12 del mes de ABRIL del año 2020 a las 03:14 horas. Ocurrido en HOSPITAL RURAL SAN JOSE DE SIZA: TAMBORANA
 Localidad (Calle, Pz, Pq, L, Cas, etc.) LA Distrito SAN JOSE DE SIZA
 Localidad (Calle, Pz, Pq, L, Cas, etc.) LA Distrito SAN JOSE DE SIZA
 Provincia de EL DORADO Departamento SAN MARTIN
 La causa básica de muerte HIPERTENSION ARTERIAL
 Nombres y apellidos del que certifica la defunción MIGUEL ANGEL VARGAS ORTIZ Colegiatura 32280
 Lugar y fecha de certificación SIZA, 12 DE ABRIL DEL 2020 Firma y sello Miguel A. Vargas Ortiz
 Médico CIRUJANO N° 32280

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION
 (Solo para uso estadístico)

2 Identificación del fallecido
 11 Departamento: PERU 22 Nombres: LEANDRO PERDOMO COTRINA
 12 Provincia: SAN MARTIN 23 Primer Apellido (Paterno): COTRINA
 13 Distrito: EL DORADO 24 Segundo Apellido (Materno): PERDOMO
 14 Localidad: SIZA 25 Apellido de Casado:
 Tipo de Documento de Identidad: DNI
 31 Sexo: 1. Hombre ☐ 2. Mujer ☒ 33 Estado conyugal: 1. Casado ☐ 2. Viudo ☒ 3. Soltero ☐ 4. Ign. ☐
 32 Edad: 95 34 Nivel de Instrucción: 1. Ningún nivel / Analf. ☐ 2. Primaria Incompleta ☐ 3. Primaria Completa ☐ 4. Secundaria Incompleta ☐ 5. Secundaria Completa ☐ 6. Superior No universitaria Incompleta ☐ 7. Superior No universitaria Completa ☐ 8. Superior universitaria Incompleta ☐ 9. Superior universitaria Completa ☐ 10. Ignorado ☐
 35 Ocupación: 1. Trabajador ☐ 2. No ☒ 3. Ign. ☐
 36 En que: Específico
 41 País: PERU 46 Dirección de la residencia habitual del fallecido: D. TACNA
 42 Departamento: SAN MARTIN 47 Fecha: (dd/mm/aaaa) 12/04/2020 Hora: (hh:mm) 03:14
 43 Provincia: EL DORADO 48 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud ☒ 2. Domicilio ☐ 3. Centro de trabajo ☐ 4. Vía pública ☐ 5. Otro ☐ 6. Ignorado ☐
 44 Distrito: SAN JOSE DE SIZA 49 Número del establecimiento: HOSPITAL RURAL SAN JOSE DE SIZA
 45 Localidad: SIZA 50 Tipo de establecimiento: 1. Establecimiento de salud ☒ 2. Domicilio ☐ 3. Centro de trabajo ☐ 4. Vía pública ☐ 5. Otro ☐ 6. Ignorado ☐
 51 Departamento: SAN MARTIN 56 Fecha: (dd/mm/aaaa) 12/04/2020 Hora: (hh:mm) 03:14
 52 Provincia: EL DORADO 57 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud ☒ 2. Domicilio ☐ 3. Centro de trabajo ☐ 4. Vía pública ☐ 5. Otro ☐ 6. Ignorado ☐
 53 Distrito: SAN JOSE DE SIZA 58 Número del establecimiento: HOSPITAL RURAL SAN JOSE DE SIZA
 54 Localidad: SIZA 59 Tipo de establecimiento: 1. Establecimiento de salud ☒ 2. Domicilio ☐ 3. Centro de trabajo ☐ 4. Vía pública ☐ 5. Otro ☐ 6. Ignorado ☐
 55 Dirección:
 61 Certificado por: 1. Médico ☒ 2. Otro profesional de salud ☐ 3. Otro ☐
 62 El que certifica declara: 1. Haciendo constar al difunto en su última enfermedad ☐ 2. Sin haberlo atendido ☐
 63 Causa de la defunción
 a) ZUFICIENCIA CARDIORESPIRATORIA
 b) HIPERTENSION ARTERIAL
 c)
 d)
 64 Causas antecedentes: (a, b, c y d)
 a)
 b)
 c)
 d)
 65 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no mencionados en la enfermedad o estado anterior que la produjo:



REPÚBLICA DEL PERÚ

RENIEC
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

Ley N° 30205 Acceso a la Información Financiera, Previsional y de Seguros en Beneficio de Herederos: Consulte si el fallecido(a) contaba con depósitos y otros pasivos, seguros, indemnizaciones SOAT/CAT, afiliación AFP o reporte crediticio. Llame al (511) 200-1930 o al 0800-10840 (llamada gratuita) o en www.sbs.gob.pe. Si los depósitos permanecen inmovilizados por más de diez (10) años constituyen recursos del Fondo de Seguros de Depósitos.

Verificar en:	https://serviciosportal.reniec.gob.pe/verificacionqr
Número de Serie:	903875.638279.982170
Página:	2 de 2
Emitido para:	RODRIGUEZ TORRES MARITZA



Firmado digitalmente por:
DOCERT RENIEC
Motivo: Servidor de



REPÚBLICA DEL PERÚ

RENIEC
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN

FECHA/HORA DE FALLECIMIENTO 12 DE ABRIL DE 2020 / 03:14 hrs.

LOCALIDAD SAN MARTIN / EL DORADO / SAN JOSE DE SISA (21 10 01 000)

LUGAR DE OCURRENCIA ESTABLECIM DE SALUD HOSPITAL RURAL SAN JOSE DE SISA

DATOS	FALLECIDO
Prenombres	LEANDRA
Primer Apellido	PERDOMO
Segundo Apellido	COTRINA
Documento de Identidad	DNI/LE 00918631
Edad	95 AÑOS
Nacionalidad	PERUANA
Lugar de Nacimiento	SAN MARTIN / EL DORADO / AGUA BLANCA (21 10 02 000)
Padre	--
Madre	--

FECHA DE REGISTRO

10 DE JUNIO DE 2020

OFICINA REGISTRAL

OR VIRTUAL - RENIEC

REGISTRADOR CIVIL

CORONADO CARBAJAL ERIKA LOLA

DNI

09940583

OBSERVACIONES

RESOLUCION GERENCIAL N° 000010-2020/GG /RENIEC



CORONADO CARL
Lola FAU 20295613
Motivo: Soy el auto
documento
Fecha: 10/06/2020



2000455768

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL

ERIKA LOLA CORONADO CARBAJAL
REGISTRADOR CIVIL

Verificar en:	https://serviciosportal.reniec.gob.pe/verificacionqr
Número de Serie:	903875.638279.982170
Página:	1 de 2
Emitido para:	RODRIGUEZ TORRES MARITZA

[illegible]



PERÚ

Ministerio
de SaludOficina General
de Estadística e InformáticaDecenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

DECLARACION JURADA DE REGISTRO	
PARA SER ANOTADO POR EL DECLARANTE O EN SU DEFECTO POR EL REGISTRADOR CIVIL.	Nombres y Apellidos del fallecido: _____ de sexo _____
	Tipo de Doc. ident: _____ N° _____ Domicilio: _____
	_____ de _____ de edad, fallecido el _____ de _____ de 20 _____ a las _____ horas
	Nombres y Apellidos del Padre: _____
	Nombres y Apellidos de la Madre: _____
	Nombres y Apellidos del(a) Cónyuge: _____
	Nombres y Apellidos del Declarante: _____
	Domicilio del declarante: _____
	Documento de identidad: _____ Firma del declarante: _____
	Libro N° _____ 16 Acta N° _____ 17 Fecha (dd/mm/aaaa) _____ 2 0 0 0

6	Causa de la defunción	64 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 ☐ 9 Ignorado ☐
		65 Se realizó autopsia al fallecido: 1 Si ☐ 2 No ☐
7	Datos de la persona que certifica la defunción	71 La persona que llena estos datos es: Médico ☒ Otro profesional de salud ☐ Otro ☐
		72 Nombre y apellido: <u>MIGUEL ANGEL UGARDE CHAMORRO</u>
		73 DNI: <u>05204053</u> 74 Profesión: <u>MEDICO</u> 75 N° de Colegio profesional: <u>32280</u>
		76 Dirección: <u>POBOSAL ALVARADO S/D-TAMPARA</u> 77 Distrito: <u>SAN JOSE DE SIJA</u> 78 Firma y Sello: <u>[Firma]</u> Médico - Cirujano
8	Muerte de Mujeres asociadas a Gestación, Parto y Puerperio	81 Durante: 1 Embarazo ☐ 4 Defunción materna Tardía (43 días - 364 días) ☐ 2 Parto ☐ 3 En el Puerperio (hasta 42 días) ☐ 9 Ignorado ☐
		82 Edad gestacional (22 semanas y más) 1 En semanas 9 Ignorado ☐

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro civil al Establecimiento de Salud más cercano o el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.
- El Responsable de la Certificación de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta.
- En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa, el Médico Legista o el médico que designe la autoridad competente también deberá 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 su 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 conjeturarlos o estimarlos.
- PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.**