

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"

**SOLICITA: SUBSIDIO POR GASTOS
DE LUTO Y SEPELIO.**

**SEÑORA:
MARIA CAROLINA PEREZ TELLO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO.**

San José de Sisa.

ALCIRA OJANASTA TAPULLIMA, identificado con **DNI N° 00918046**, con domicilio en el Jr. Eladio Tapullima 335, Distrito de San José de Sisa, Provincia de El Dorado, ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, habiendo fallecido mi esposo quien en vida fue **el Señor: BRUNO TUANAMA TUANAMA** y siendo mi derecho como esposa, Recurro a usted para solicitarle **El Subsidio por Gastos de Luto y Sepelio**, de esta manera quedare agradecido.

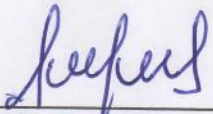
POR LO EXPUESTO:

Pido a Usted. Señora directora acceder a mi solicitud por ser de justicia, que espero alcanzar.

Acompaño a la presente:

- ✓ Copia DNI
- ✓ Partida de nacimiento
- ✓ Acta de defunción
- ✓ Certificado de Defunción

San José de Sisa, 17 de junio del 2020


ALCIRA OJANASTA TAPULLIMA
DNI N° 00918046
Solicitante

AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"

**SOLICITA: CESE POR FALLECIMIENTO
Y PAGO SOCIALES**

**SEÑORA:
MARIA CAROLINA PEREZ TELLO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO.**

San José de Sisa.

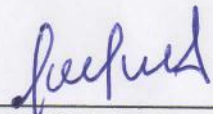
ALCIRA OJANASTA TAPULLIMA, identificado con **DNI N° 00918046**, con domicilio en el Jr. Eladio Tapullima 335, Distrito de San José de Sisa, Provincia de El Dorado, ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, habiendo fallecido mi esposo quien en vida fue **el Señor: BRUNO TUANAMA TUANAMA** y siendo mi derecho como esposa, Recorro a usted para solicitarle **CESE POR FALLECIMIENTO Y PAGO SOCIALES**, de esta manera quedare agradecido.

POR LO EXPUESTO:

Pido a Usted. Señora directora acceder a mi solicitud por ser de justicia, que espero alcanzar.

San José de Sisa, 17 de junio del 2020



ALCIRA OJANASTA TAPULLIMA
DNI N° 00918046
Solicitante

AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"

SOLICITA: DIA LABORADOS DE 15 DIAS.

**SEÑORA:
MARIA CAROLINA PEREZ TELLO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO.**

San José de Sisa.

ALCIRA OJANASTA TAPULLIMA, identificado con **DNI N° 00918046**, con domicilio en el Jr. Eladio Tapullima 335, Distrito de San José de Sisa, Provincia de El Dorado, ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, habiendo fallecido mi esposo quien en vida fue **el Señor: BRUNO TUANAMA TUANAMA** y siendo mi derecho como esposa, Recurro a usted para solicitarle **DIA LABORADOS DE 15 DIAS**, de esta manera quedare agradecido.

POR LO EXPUESTO:

Pido a Usted. Señora directora acceder a mi solicitud por ser de justicia, que espero alcanzar.

San José de Sisa, 17 de junio del 2020



ALCIRA OJANASTA TAPULLIMA
DNI N° 00918046
Solicitante



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

22

NOMBRES Y APELLIDOS

MARIDO. Bassano, Juanana
Juanana
MUJER. Alcina, Ofanasta
Tapellina

IDENTIFICACION DE:

El Contrayente L.E. 00932226
La Contrayente L.E. 00918046
Testigo L.E. 00912836
Testigo L.E. 00918956

El que suscribe CERTIFICA que la presente es copia fiel del original que se encuentra en el archivo de la Oficina de Registro del Estado Civil de esta Municipalidad.

SUBSE DE SISA 31 de 01 del 2019
Lugar Día Mes Año



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE EL DORADO
Oficina de Registro del Estado Civil
Presente en el lugar de Registro del Estado Civil
MAGDALENA ANGEL MORALES RUZ
CUI: 12 4383-199
JEFE DE REGISTRO CIVIL

CONCEJO..... (Prov. o Dist.)..... de (Provincia)
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

ACTA DE MATRIMONIO

PARTIDA NUMERO.....
A horas... 8.25... del día... diez... del mes de... Agosto...
año de mil Novecientos Ochenta y cinco... se presentaron en esta Oficina
DON. Bassano, Juanana... de... dieciocho... años
Estado Civil... Soltero
Natural de... Sra. José de Sra... domiciliado en... Sra. Basilio Caliperna...
hijo de don. R. Basilio... nacionalidad... Peruana...
y de doña. Hilda... nacionalidad... Peruana...
Y DONA. Alcina Ofanasta Tapellina... de... dieciocho... años
Estado Civil... soltera
Natural de Sra. José de Sra... domiciliada en... Sra. Basilio Caliperna...
hija de don. Jorge Ofanasta... nacionalidad... Peruana...
y de doña. Virgilia Tapellina... nacionalidad... Peruana...

con el fin de contraer matrimonio civil y comprobado por el expediente que no existe impedimento legal para su celebración, el Sr. Alcina Ofanasta... procedió a leerles los artículos 158 a 164 del Código Civil y preguntarles, separadamente si persistían en su resolución de contraer matrimonio, en presencia de los testigos don. F. Basilio... de... Guaranta y... años domiciliado en... Sra. Calle Comercio N.º 545... y doña. Basilio... de... Tuiza y... años domiciliado en... Sra. Calle Comercio N.º 545... y habiendo respondido ambos afirmativamente, los declaró legalmente casados, extendiéndose la presente ACTA MATRIMONIAL, que suscriben.

Alcina Ofanasta... La Contrayente
Basilio... Testigo
Virgilia Tapellina... Testigo

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

El que suscribe certifica que: atendió al difunto en su última enfermedad ☐ ó únicamente constató la defunción ☒

Nombres y apellidos del fallecido: TUANAMA TUANAMA BRAUNO Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Edad: 57 Documento de identidad: 1 N° 00932226 Fecha de fallecimiento el día 15 del mes de JUNIO del año: 2020 a las CLINICA horas, Ocurrido en: 200106

Localidad (Urb./A.A./H.H./P.P./J.J./Caserio/Otros): TAMBO Distrito: TAMBO

Provincia de SAN MARTIN Departamento SAN MARTIN

La causa básica de muerte: HEMORRAGIA DIGESTIVA

Nombres y Apellidos del que certifica la defunción: JOSE SANCHEZ MINCHOL Colegiatura: 27561

Lugar y fecha de certificación: TAMBO 15 de JUNIO 2020 Firma y sello: JOSE SANCHEZ MINCHOL MEDICO C.R. 27561 D.M. 17092148

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

(Solo para uso estadístico)

Nro. serie:

1 Identificación del fallecido	
11 Departamento:	21 Nombres: <u>BRAUNO</u>
12 Provincia:	22 Primer Apellido (Paterno): <u>TUANAMA</u>
13 Distrito:	23 Segundo Apellido (Materno): <u>TUANAMA</u>
14 Localidad:	24 Apellido de Casada:
Solo Para ser llenado por el Codificador MINSA	
25 Documento de Identidad	
Tipo ☐	Número <u>00932226</u>
Tipo de Documento de Identidad:	
1 = DNI 2 = Libreta Militar 3 = Carné FF.AA./PNP 4 = Pasaporte 5 = Carné Extranjería 6 = Partida de Nacimiento 7 = Otro	
31 Sexo: 1 Hombre ☒ 2 Mujer ☐ 3 Indeterminado ☐	33 Estado conyugal / marital: Conviviente ☐ Casado(a) ☒ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a) ☐ Ign. ☐
32 Edad: <u>57</u> Años ☒ Meses ☐ Días ☐ Horas ☐ Ign. ☐	34 Nivel de Instrucción: Ningún nivel / iletrado ☐ Inicial / Pre-escolar ☐ Primaria Incompleta ☐ Primaria Completa ☐ Secundaria Incompleta ☐ Secundaria Completa ☐ Superior No universitaria Incompleta ☐ Superior No universitaria Completa ☒ Superior universitaria Incompleta ☐ Superior universitaria Completa ☐ Ignorado ☐
35 Ocupación: Trabajaba: 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. Ign. ☐	
36 En que: Especifique	
41 País:	46 Dirección de la residencia habitual del fallecido:
42 Departamento:	Jr. / Calle / Av. / Paj. / Mza. / Otro
43 Provincia:	Nro. / Interior / Lote
44 Distrito:	Urb. / A.A. / H.H. / P.P. / J.J. / Caserio / Otro
45 Localidad:	
51 Departamento:	56 Fecha: <u>15</u> / <u>06</u> / <u>2020</u> Hora: <u>19</u> : <u>30</u>
52 Provincia:	57 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud ☐ 2. Domicilio ☐ 3. Centro de trabajo ☐ 4. Vía Pública ☐ 5. Otro ☐ 9. Ignorado ☐
53 Distrito:	Institución: MINSA ☐ E.S. / U.D. ☐ FF.AA. y PNP ☐ Privado ☐ Otros ☒
54 Localidad:	Nombre del Establecimiento: <u>CLINICA ADOBIWOL</u>
55 Dirección:	
Jr. / Calle / Av. / Paj. / Mza. / Otro	
61 Certificado por: 1. Médico ☒ 2. Otro profesional de salud ☐ 3. Otro ☐	
62 El que certifica declara: 1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad ☒ 2. Sin haberlo atendido ☐	
63 Causa de la defunción:	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)	a) <u>HEMORRAGIA DIGESTIVA</u>
Debido a (o como consecuencia de)	b) <u>CIRROSIS HEPATICA</u>
Debido a (o como consecuencia de)	c) <u></u>
Debido a (o como consecuencia de)	d) <u></u>
CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que lo produjo	

PARA SER
ANOTADO
POR EL
DECLARANTE
O EN SU
DEFECTO POR
EL
REGISTRADOR
CIVIL

IMPRESIÓN DIGITAL DEL
DECLARANTE

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 (la) Cónyuge: _____

Nombres y Apellidos del Declarante: _____

Domicilio del declarante: _____

Documento de identidad: _____ Firma del declarante: _____

15 Libro N° _____ 16 Acta _____ 17 Fecha: _____
(dd/mm/aaaa) _____

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>JOSE LUIS SANCHEZ MINCHOLA</u>							
		73 DNI: <u>17802146</u>		74 Profesión: <u>MEDICO</u>		75 N° de Colegio Profesional: <u>7789</u>			
		76 Dirección: <u>CIRCUNVALACION 1389</u> Jr. / Calle / Av. / Paj. / Mza / Otros		77 Distrito: <u>TANAPU</u>		78 Firma y Sello: <u>JOSE LUIS SANCHEZ MINCHOLA</u> <u>CHIP 17802146</u>			
8	Muerte de Mujeres asociados a Gestación, Parto y Puerperio	81 Durante				82 Edad gestacional (22 semanas y más)			
		1. Embarazo ☐	2. Parto ☐	3. En el Puerperio (hasta 42 días) ☐	4. Defunción materna Tardía (43 días - 364 días) ☐	5. Ignorado ☐	1. En semanas	2. En días	9. Ignorado ☐

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro Civil al Establecimiento de Salud más cercano ó 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 B.
- 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.**

