



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

San José de Sisa, 03 de mayo del 2024.

OFICIO N° 027 - 2024 – DRE-UGEL-D – I.E. N° 0660 – “JRV” /S.J.DE SISA.

SEÑOR : PROF. ROSA MARGARITA CHONG RENGIFO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO

ASUNTO : REMITE SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES POR LUTO.

Me es grato dirigirme a usted, a fin de saludarle cordialmente a nombre de la dirección, personal docente, administrativo, padres de familia y alumnado en general de la I.E N° 0660” JRV”, del distrito de San José de Sisa, provincia de El Dorado y región San Martín y al mismo tiempo manifestarle.

Que, el 2 de mayo del 2024 recibí la solicitud de licencia con goce de haberes del profesor Oscar Augusto del Águila Flores tras el fallecimiento de su señor padre quien en vida fue César Augusto del Águila Ramírez acaecido el día 27 de abril del presente año, en tal sentido mi despacho cumple con remitir dicha solicitud, para que según la normatividad vigente se le otorgue dicho derecho.

Acompaño copia de la solicitud
Copia de acta de defunción
Copia de certificado de defunción.

Sin otro particular me suscribo de Ud. no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

**Solicito: LICENCIA CON GOCE
POR EL FALLECIMIENTO DE MI
QUERIDO PADRE**

**Señor: Prof. EMILIANO RUIZ CUBAS
DIRECTOR DE LA I.E. 0660 “J.R.V.”**

Yo, **OSCAR AUGUSTO DEL AGUILA FLORES**, identificado con **DNI N° 40340562**, con domicilio actual en Jr. Greis -C-9 Barrio El Sol, Distrito de San José de Sisa, Provincia El Dorado, Departamento de San Martín, ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

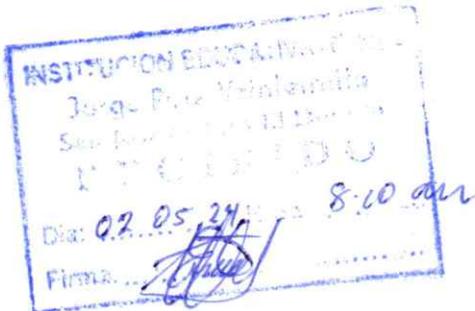
Que, por motivo de fallecimiento de mi querido papá quien en vida fue **CESAR AGUSTO DEL AGUILA RAMIREZ**, solicito licencia con goce que por ley me corresponde.

Adjunto ACTA DE DEFUNCION Y CERTIFICADO DEFUNCION.

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted acceder a mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

San José de Sisa, 02 de mayo del 2024



Atentamente



OSCAR AUGUSTO DEL AGUILA FLORES
DNI N° 40340562
SOLICITANTE



REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL
SUYUPA SHUTIKUNAPA KILLKACHIK KASARANAKUNAPAPISH WASI

ACTA DE DEFUNCIÓN WAÑUSHKAPA KILLKANA

FECHA/HORA DE FALLECIMIENTO 27 DE ABRIL DE 2024 / 05:30 hrs.
PUNCHAW/WAÑUSHKA PACHA
LOCALIDAD SAN MARTIN / LAMAS / LAMAS (21 03 01 000)
LLAKTA
LUGAR DE OCURRENCIA OTRO LAMAS
MAYPICHA WAÑUSHKA

DATOS/ SHUTIKUNA	FALLECIDO/WAÑUSHKA
Prenombres/ Suknin shutikuna	CESAR AUGUSTO
Primer Apellido/ Tatapa ayllu shutin	DEL AGUILA
Segundo Apellido/ Mamapa ayllu shutin	RAMIREZ
Documento de Identidad / Shuti Riksichina	DNI/LE 00902672
Edad/ Wata	69 AÑOS
Nacionalidad/ Maykan Allpamanta runa	PERUANA
Lugar de Nacimiento Maypicha Pakarishka	UCAYALI / CORONEL PORTILLO / CALLERIA (25 01 01 000)
Padre/ Tata	OSCAR DEL AGUILA OLORTEGUI
Madre/ Mama	ROSA AURORA RAMIREZ CHUMBE VDA. DE DEL AGUILA



FECHA DE REGISTRO/ KILLKASHKA PUNCHAW 30 DE ABRIL DE 2024
OFICINA REGISTRAL/ SHUTI KILLKAKUK WASI SAN MARTIN / LAMAS / LAMAS (21 03 01 000)
DECLARANTE/ WILLAK JULIANITA FLORES DE DEL AGUILA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD / SHUTI RIKSICHINA DNI/LE 00902471
REGISTRADOR CIVIL/ SHUTI KILLKAKUK RUNA PINEDO DE VILLANUEVA, LOYSITH
DNI/ DNI 00900642
OBSERVACIONES/ KILLKA ALLICHANA NINGUNA

Firma del Declarante
Shuti willakpa aspina

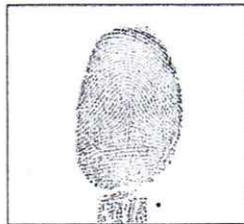
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE LAMAS
DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN

Loysith Pinedo de Villanueva
D.N.I.: 00900642
JEFE
OFICINA DE REGISTROS
DEL ESTADO CIVIL

Firma del Registrador
Shuti killkakukpa aspina



Impresión dactilar
Rukaua tupaichina



Impresión dactilar
Rukaua tupaichina



5001448549

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE LAMAS
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

LIBRO: ACTA: 500.1448549

LAMAS 30 DE ABRIL DE 2024



[Handwritten Signature]
Loysith Pineda De Villanueva
D.N.I. 0890642
JEFE





CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL FALLECIMIENTO

Archivarse en la Oficina de Registro Civil

CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

García

El que suscribe certifica que atendió al difunto en su última enfermedad ó únicamente constato la defunción X

Nombres y apellidos del fallecido: CESAR AUGUSTO DEL AGUILA RAMÍREZ Sexo: Hombre Mujer

Edad: 69 Documento de Identidad: DNI N° 00902672 Fecha de fallecimiento: al día 27 del mes de ABRIL del año 2024 a las 05:30 horas. Ocurrido en: Jr. JORGE MONTERO ROJAS (Calle / Av. / Pj. / Mza. / C/ta)

Localidad (Urb./AA.HH./PP.JJ./Caserio/Otro): BARRIO MUNICHIS Distrito: LAMAS

Provincia de: SAN MARTIN Departamento: SAN MARTIN

la causa básica de muerte: TUMOR MALIGNO DEL RECTO

Nombres y Apellidos del que Certifica la defunción: CARLOS VILACORTA SALAS Colegiatura: 076287

Lugar y fecha de certificación: BARRIO MUNICHIS 27-04-24 Firma y sello: [Sello] Carlos E. Vilacorta Salas MEDICO CIRUJANO C.M.P. 76287

--- corte aquí ---

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN (Solo para uso estadístico)

Nº Serie:

2 Identificación del Fallecido

1 Oficina de Estadística (Lugar de procesamiento)	11 Departamento <u>SAN MARTIN</u>	21 Nombres <u>CESAR AUGUSTO</u>	Tipo de Documento de Identidad: 1 = DNI 2 = Libreta Militar 3 = Carné FFAA./PNP 4 = Pasaporte 5 = Carné Extranjería 6 = Partida de Nacimiento 7 = Otro	
	12 Provincia <u>SAN MARTIN</u>	22 Primer Apellido (Paterno) <u>DEL AGUILA</u>		
	13 Distrito <u>LAMAS</u>	23 Segundo Apellido (Materno) <u>RAMÍREZ</u>		
	14 Localidad <u>BARRIO MUNICHIS</u>	24 Apellido de Casada:		
Solo para ser llenado por el Codificador MINSa		25 Documento de Identidad Tipo <u>1</u> Número <u>00902672</u>		
3 Datos del Fallecido	31 Sexo 1 Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 2 Mujer <input type="checkbox"/> 3. Indeterminado <input type="checkbox"/>	32 Estado conyugal/marital Conviviente <input type="checkbox"/> Casado (a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Ign. <input type="checkbox"/>	34 Nivel de Instrucción: Ningún nivel / Iltrado <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input checked="" type="checkbox"/> Inicial / Pre-escolar <input type="checkbox"/> Superior No Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior No Universitaria Completa <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Superior Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior Universitaria Completa <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	35 Ocupación: Trabajaba: 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Ign. <input type="checkbox"/> 36 En que: <u>INDEPENDIENTE</u> Específicas: <input type="checkbox"/>
	32 Edad: <u>69</u> Años <input checked="" type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Ing. <input type="checkbox"/>			
4 Residencia Habitual del Fallecido	41 País <u>PERU</u>	46 Dirección de la residencia habitual del fallecido <u>Jr. JORGE MONTERO ROJAS</u> Jr./Calle/Av./Pj./Mza./Otro		
	42 Departamento <u>SAN MARTIN</u>			
	43 Provincia <u>SAN MARTIN</u>			
	44 Distrito <u>LAMAS</u>			
45 Localidad <u>BARRIO MUNICHIS</u>	45 Nº Interior/Lote <u>769</u>	45 Urb./AA.HH./PP.JJ./Caserio/Otro <u>BARRIO MUNICHIS</u>		
5 Lugar, fecha y hora de fallecimiento	51 Departamento <u>SAN MARTIN</u>	56 Fecha: (dd/mm/aa) <u>27/04/2024</u>	56 Hora: (de 0 a 24 hrs) <u>05:30</u>	
	52 Provincia <u>SAN MARTIN</u>	57 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> → Institución MINSa <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> FFAA. y PNP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/>		
	53 Distrito <u>LAMAS</u>	Nombre del Establecimiento:		
	54 Localidad <u>BARRIO MUNICHIS</u>	57 Dirección: 2. Domicilio <input checked="" type="checkbox"/> 3. Centro de trabajo <input type="checkbox"/> 4. Via pública <input type="checkbox"/> 5. Otro <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>		
55 Dirección <u>Jr. JORGE MONTERO ROJAS</u>				
6 Causa de la defunción	61 Certificado por: 1. Médico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Otro profesional de la salud <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>			
	62 el que certifica declarara 1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad <input type="checkbox"/> 2. Sin haberlo atendido <input checked="" type="checkbox"/>			
	63 Causas de la defunción: I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a). CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estado morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.			
	a) <u>TUMOR MALIGNO DEL RECTO</u> Debido a (o como consecuencia de)	b) <input type="checkbox"/> Debido a (o como consecuencia de)	c) <input type="checkbox"/> Debido a (o como consecuencia de)	d) <input type="checkbox"/> Debido a (o como consecuencia de)
			Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte <u>C1210</u>	

DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO

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

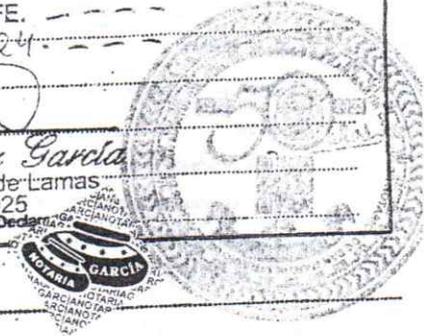
IMPRESIÓN DIGITAL DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos del fallecido: de sexo:
 Tipo de Doc. Ident. N° Domicilio:
 de de edad fallecido el de a las horas
 Nombre y Apellidos del Padre:
 Nombre y Apellidos de la Madre:
 Nombre y Apellidos de (a) Conyugue:
 Nombre y Apellidos del declarante:
 Domicilio del Declarante:
 Documento de Identidad:

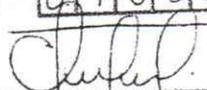
**CERTIFICO QUE LA PRESENTE COPIA FOTOSTÁTICA ES
 IDÉNTICA A SU ORIGINAL Y DE CUYA AUTENTICIDAD EL
 NOTARIO NO SE RESPONSABILIZA. DOY FE.**

LAMAS, 30 de abril del 2024.


Maria Beatriz Garcia
 Abogada - Notaria de Lamas
 Reg. CNSM 025
 Firma del Declarante



— corte aquí —

6	Causa de la defunción	64 En caso de muerte violenta o Causa Externa especifique el fue: 1. Suicidio <input type="checkbox"/> 2. Homicidio <input type="checkbox"/> 3. Accidente de Tránsito o Transporte <input type="checkbox"/> 4. Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> 5. Otro accidente <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 65 Se realizó autopsia al fallecido 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
7	Datos de la persona que certifica la defunción.	71 La persona que llena estos datos es: Médico <input checked="" type="checkbox"/> Otro profesional de salud <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 72 Nombre y Apellido: CARLOS EDUARDO VILLACORTA SALAS 73 D.N.I.: 416423796 74 Profesión: MÉDICO CIRUJANO 75 Nº de Colegio profesional: 076287 76 Dirección: J. SUCRE #342 77 Distrito: LO BNDOS DE SH. Jr. / Calle / Av. Pst. / Mz. / Otro 78 Firma y Sello:  Carlos E. Villacorta Salas MEDICO CIRUJANO C.M.P. 76287
8	Muerte de Mujeres asociados a Gestación, Parto y Puerperio	81 Durante: 1. Embarazo <input type="checkbox"/> 4. Defunción materna tardía (43 día - 364 días) <input type="checkbox"/> 2. Parto <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 3. En el Puerperio (hasta 42 días) <input type="checkbox"/>
		82 Edad Gestacional (23 semanas y más) 1. En Semanas <input type="text"/> <input type="text"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>

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 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 ó 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 7.
- * 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.