

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Flor del Norte, 26 de marzo del 2023

OFICIO N° 02-2023/UGEL-EL/IEI-1173-FDN

SEÑORA : Dra. María Carolina Pérez Tello
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO

ASUNTO : Solicita licencia con goce de haber por fallecimiento de mi Padre como docente de la IEI N° 1173 Caserío Flor del Norte.

Es grato dirigirme a usted para extenderle el cordial saludo asimismo para hacerle conocer que mi Padre ha fallecido el día domingo 26 de marzo del 2023 en el Hospital "Almanzor Aguinaga Asenjo" de la ciudad de Chiclayo departamento de Lambayeque; por lo que en calidad de docente de la I.E.I N° 1173, **Maritza Albarrán Valdiviezo** con DNI N° 16681248 solicito a Ud., licencia con goce de haber a partir del lunes 27 de marzo del 2023 en el tiempo que establece la norma técnica.

- Si adjunto partida de defunción del 26/03/2023
- Si adjunto acta de nacimiento de la docente.
- Copia de DNI de mi progenitor.

Es oportuno para expresarle las muestras de mayor deferencia y estima personal.

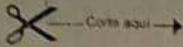
Atentamente.



Maritza Albarrán Valdiviezo
LIC. MARITZA ALBARRÁN VALL
DIRECTORA

DECLARACION JURADA DE REGISTRO

<p style="font-size: small; text-align: center;">PARA SER ANOTADO POR EL DECLARANTE O EN SU DEFECTO POR EL REGISTRADOR CIVIL</p>	<p style="font-size: x-small; text-align: center;">IMPRESION DIGITAL DEL DECLARANTE</p>	<p>Nombres y Apellidos del fallecido: _____ de sexo _____</p> <p>Tipo de Doc. Ident.: _____ N° _____ Domicilio _____</p> <p>_____ de _____ de edad, fallecido el _____ de _____ de 20 _____ a las _____</p> <p>Nombres y Apellidos del Padre: _____</p> <p>Nombres y Apellidos de la Madre: _____</p> <p>Nombres y Apellidos del (a) Cónyuge: _____</p> <p>Nombres y Apellidos del Declarante: _____</p> <p>Domicilio del declarante: _____</p> <p>Documento de Identidad: _____ Firma del declarante: _____</p>
--	---	--



6	<p>Causa de la defunción</p>	<p>84 En caso de muerte violenta o Causa Extrema especifique si 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"/></p> <p>85 Se realizó autopsia al fallecido: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>
7	<p>Datos de la persona que certifica la defunción</p>	<p>71 La persona que llena estos datos es: Médico <input checked="" type="checkbox"/> Otros profesional de salud <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>72 Nombre y apellido: <u>Noliver Vargas Vásquez</u></p> <p>73 DNI: <u>46909865</u> 74 Profesión: <u>Médico</u> 75 N° de Colegio profesional: <u>74161</u></p> <p>76 Dirección: <u>Plaza Seguro Social SIN</u> 77 Distrito: <u>Olindayo</u></p> <p style="font-size: x-small;">Jr. / Calle / Av. / Paj. / Mza. / Otro</p> <p>78 Firma y Sello: MEDICO INTERNISTA CMP. 74161 RNE. 41604 ASESORÍA NACIONAL DE SALUD</p>
8	<p>Muerte de Mujeres asociados a Gestación Parto y Puerperio</p>	<p>81 Durante: 1. Embarazo <input type="checkbox"/> 4. Defunción materna Tardía (43 días - 364 días) <input type="checkbox"/> 82. Edad gestacional (22 semanas y más)</p> <p>2. Parto <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 1. En semanas <input type="text"/></p> <p>3. En el Puerperio (hasta 42 días) <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 1. En semanas <input type="text"/></p>

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro Civil al Establecimiento de Salud mas cercano o el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil mas 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 ó el médico que designe la autoridad competente también deberá llenar el presente formulario.
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado puerperio deberá llenarse además la sección 7.
- Esta 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 solicitando en el presente formulario el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarlos o estimarlos.
- **PARO CARDIACO NO ES CAUSA BASICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.**



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL JAEN
REGISTROS DEL ESTADO CIVIL

EL JEFE DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICA: Que, en el Libro de Nacimientos, correspondiente al año Mil Novecientos Sesenta y Nueve Asentada El 17 de Enero 1969 y bajo el folio N° 138 - L = 43

se encuentra inscrita un Acta cuyos datos principales son los siguientes:

PARTIDA DE NACIMIENTO

N° 005730

PARTIDA DE NACIMIENTO N° 138

APELLIDO PATERNO: ALBARRÁN

APELLIDO MATERNO: VALDIVIEZO

NOMBRES: MARITZA

FECHA DE NACIMIENTO: Hora: 07:00' p.m.

DIA: Seis DEL MES: DE ENERO

AÑO: Mil Novecientos Sesenta y Nueve

LUGAR DE NACIMIENTO: JAÉN

SEXO: FEMENINO

PADRE: HOMERO ALBARRÁN CASTAÑEDA

MADRE: Cecilia VALDIVIEZO SERNAQUE

DECLARANTE: Cecilia VALDIVIEZO S. IDENTIFICADO CON: _____

TESTIGOS: JUAN REQUEJO FERNÁNDEZ y JORGE DÍAZ VÁSQUEZ

ANOTACIONES TEXTUALES: _____

ALCALDE: ILEGIBLE

INSPECTOR: _____

REGISTRADOR: ANTONIA SOBERÓN VILCHEZ

ES COPIA FIEL DE SU ORIGINAL AL QUE ME REMITO EN CASO DE SER NECESARIO.

Jaén, 30 de DICIEMBRE de 199 9



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL - JAÉN
[Signature]
REGISTRADOR