



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"
"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"



Huancavelica, 07 de setiembre del 2020.

OFICIO N° 060 - 2020 - D - IE "SC" - SC - H. UGELH/DREH/MED.

SEÑOR : Lic. Jorge Gastón PEREZ LAZO
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL DE - HVCA

PRESENTE. -

ASUNTO : Remito solicitud de licencia con goce de haberes por subsidio, luto y sepelio de su mamá del profesor Wilder Carbajal Chuquillahua de la I.E "San Cristóbal" de Huancavelica

REFERENCIA : Normas legales vigentes.

Tengo la singular complacencia de dirigirme a su digno despacho, con la finalidad de hacer de su conocimiento, que a la fecha remito adjunto **solicitud de licencia con goce de haberes por subsidio, luto y sepelio de su mamá del profesor Wilder Carbajal Chuquillahua**, de la Institución Educativa Mixta "San Cristóbal" de Huancavelica; licencia desde 28 de agosto del 2020 hasta el 11 de setiembre del 2020; comunico para los fines administrativos pertinentes.

Aprovecho la oportunidad para testimoniar las muestras de mi mayor aprecio y estima personal.

Atentamente



Pedro Azevedo Taype
DIRECTOR

pat/dir.-
zsa/sec.-
Cc. Arch.-

DIRECCIÓN: Jr. Huayna Cápac N° 530 - barrio San Cristóbal-Hvca.
CELULAR : 986180301-Telef: 067481746 - 920840948
EMAIL : omega_pat04@hotmail.com / omegapat2020@gmail.com

SOLICITUD: LICENCIA CON GOCÉ DE HABERES
POR SUBSIDIO, LUTO Y SEPELIO.

SEÑOR: DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "SAN CRISTOBAL" DE LA PROVINCIA
Y DEPARTAMENTO DE HUANCAMELICA.

S.D.

Yo, WILDER CARBAJAL CHUQUILAHUA,
identificado con DNI N° 80634495, domiciliado en la
Av. Santos Villa N° 826 Distrito de Ascensión –
Provincia de Huancavelica en mi condición de
Docente contratado de la I.E. Donde usted dirige, con
el debido respeto me presento y expongo.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente a Ud. Señor Director y a la vez para
solicitarle por intermedio del presente, la licencia con goce de haberes por SUBSIDIO, LUTO Y
SEPELIO:

FUNDAMENTOS DE HECHO:

- el fallecimiento de mi señora Madre. Señora GUILLERMINA CHUQUILAHUA SEGURA.
Con DNI N° 19851910 de 75 años de edad con fecha de fallecimiento el 28 de AGOSTO
DE 2020 a horas 00:30 am

PETITORIO DE LICENCIA:

- a partir del 28 de Agosto al 11 de setiembre del año 2020, toda vez que recabe mi
declaración testimonial de acuerdo al Acta de Defunción emitido por el Registro Nacional
de Identificación y Estado Civil.

ADJUNTO:

- DNI del solicitante
- Certificado de defunción
- Acta de defunción

Por lo tanto.

A Ud. Señor Director suplico acceder a mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

Huancavelica, 04 de Setiembre del 2020

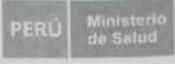

WILDER CARBAJAL CHUQUILAHUA
DOCENTE

Recibido
03/09/2020
Pedro Alvarado Pineda
DIRECTOR
h. 23:05 pm





2000349213



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 19851910
 1.3 Prenombres: GUILLERMINA
 1.4 Primer Apellido: CHOQUELAHUA
 1.5 Segundo Apellido: SEGURA
 1.6 Sexo: FEMENINO 1.7 Edad: 75 AÑOS Aprox. 1.8 Nacionalidad: PERUANA

2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha: 28/08/2020 2.2 Hora: 00:30:00
 2.3 Sitio de ocurrencia: OTRO - INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS CENTRO - AV. PROGRESO 820 SECTOR PALO SECO CONCEPCION JUNIN - AMERICA / PERU / JUNIN / CONCEPCION / CONCEPCION
 2.4 Causa básica del fallecimiento: TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DE PULMÓN PARTE NO ESPECIFICADA

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

3.1 Documento de Identidad: DNI/LE 41184159
 3.2 Prenombres: JACKELINE LISET
 3.3 Primer Apellido: RADA
 3.4 Segundo Apellido: ZEVALLOS
 3.5 N° de registro del colegio profesional: 080049 3.6 Profesión: MEDICO
 3.7 Sitio y fecha de certificación: CONCEPCION - 28 DE AGOSTO DE 2020

[Handwritten Signature]
 Dra. Jacqueline Rada Zevallos
 Médica Especialista en Oncología Clínica
 CMP: 40049 RNE: 034265
 Sello y firma del profesional

Impresión Dactilar del profesional



PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL

4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

4.1 Nombres y Apellidos: GUILLERMINA, CHOQUELAHUA SEGURA
 4.2 Grupo étnico: MESTIZO
 4.3 Documento de identidad: DNI/LE 19851910
 4.4 Sexo: FEMENINO 4.5 Edad: 75 AÑOS

5. DATOS DEL FALLECIMIENTO

5.1 Lugar: OTRO - INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS CENTRO - AV. PROGRESO 820 SECTOR PALO SECO CONCEPCION JUNIN - AMERICA / PERU / JUNIN / CONCEPCION / CONCEPCION
 5.2 Fecha: 28/08/2020 5.3 Hora: 00:30:00

6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

6.1 Documento de identidad: DNI/LE 41184159
 6.2 Nombres y Apellidos: JACKELINE LISET, RADA ZEVALLOS
 6.3 N° de registro del colegio profesional: 080049 6.4 Profesión: MEDICO
 6.5 El que certifica declara: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCION

[Handwritten Signature]
 Dra. Jacqueline Rada Zevallos
 Médica Especialista en Oncología Clínica
 CMP: 40049 RNE: 034265
 Sello y firma del profesional

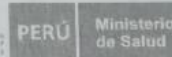
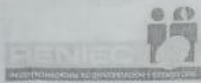
Impresión Dactilar del profesional



2000349213



2000349213



[Handwritten signature]

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

7. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

7.1 Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)	Intervalo
- CIE-X (a): J969 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO ESPECIFICADA	5 DIAS
7.2 Causas Antecedentes: Estados morbosos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Intervalo
- CIE-X (b): C349 - TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DE PULMÓN PARTE NO ESPECIFICADA	2 MESES
7.3 Se realizó necropsia	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 PUEPERIO, 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