

AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO.

Yunguyo, 27 de mayo del 2024

OFICIO N° 00028-2024/ME/DREP/UGELY/DIEP-PB-II/Y.

SEÑOR:

PROF. EFRAIN CONDORI RIVERA.

DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO.

ASUNTO: REMITO LICENCIA POR FALLECIMIENTO DEL SEÑOR PEDRO FLORES MENDOZA PADRE
DEL Prof. Gary Flores Aguilar Flores.

| | |
|---|--|
| MINISTERIO DE EDUCACION | |
| UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO | |
| UNIDAD EJECUTORA 308 | |
| OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO | |
| SF 27 MAY 2024 | |
| EXPEDIENTE N° | 6284 |
| HORA: 2:30 p.m. | FIRMA:  |

Tengo el grato honor de dirigirme a Ud., con la finalidad de hacer de su conocimiento, que, el profesor Gary Flores Aguilar presentó una solicitud de Licencia por fallecimiento de su padre; Pedro Flores Mendoza en la fecha 23 de mayo del presente año, ciudad de Puno, así consta en la Certificación de Defunción, por lo que, para cubrir las horas del docente, mi Dirección; solicita un docente para su reemplazo así sea atendido los estudiantes de sexto grado de la Institución Educativa Primaria Perú Birf II. Adjunto:

- solicitud del interesado.
- Certificado de Defunción.
- Copia de DNI.

Es cuanto le informo para su conocimiento y los correspondientes actos Administrativos.

Sin otro particular me suscribo de Ud.

Atentamente,




Luis Alberto Viñegas Chire
DIRECTOR

SOLICITO : LICENCIA POR
FALLECIMIENTO

SR DIRECTOR DE LA I.E. PERU BIRF

Yo, Gary Roger Flores Aguilar con DNI N° 01321683 con domicilio en el Jr. Telésforo Catacora N°286 del distrito de Puno, Provincia de Puno. Docente nombrado de la Institución Educativa que Ud. dignamente dirige.

Ante Ud. expongo:

Que, por el deceso de mi papá. Solicito a Ud.
LICENCIA POR FALLECIMIENTO.

ADJUNTO:

- Copia de CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
- Copia de DNI

Es justicia que espero alcanzar.

Puno, 26 de mayo del 2024

Profesor Gary Flores Aguilar



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

El que suscribe certifica: **HABER ATENDIDO AL DIFUNTO**

| | |
|--|----------------------|
| 1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
| 1.1 Condición de Identificación: | PERSONA IDENTIFICADA |
| 1.2 Documento de Identidad: | DNI/LE 01211691 |
| 1.3 Prenombres: | PEDRO |
| 1.4 Primer Apellido: | FLORES |
| 1.5 Segundo Apellido: | MENDOZA |
| 1.6 Sexo: | MASCULINO |
| 1.7 Edad: | 89 AÑOS Aprox. |
| 1.8 Nacionalidad: | PERUANA |

| | | | |
|-------------------------------------|---|-----------|----------|
| 2. DATOS DEL FALLECIMIENTO | | | |
| 2.1 Fecha: | 23/05/2024 | 2.2 Hora: | 01:00:00 |
| 2.3 Sitio de ocurrencia: | DOMICILIO - TELESFORO CATAORA 286 - AMERICA / PERU / PUNO / PUNO / PUNO | | |
| 2.4 Causa básica del fallecimiento: | TROMBOSIS VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES | | |

| | | | |
|---|---------------------------|----------------|--------|
| 3. DATOS DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | | | |
| 3.1 Documento de Identidad: | DNI/LE 43641236 | 3.6 Profesión: | MEDICO |
| 3.2 Prenombres: | EDER LENNART | | |
| 3.3 Primer Apellido: | SAIRITUPA | | |
| 3.4 Segundo Apellido: | FLORES | | |
| 3.5 N° de registro del colegio profesional: | 066397 | | |
| 3.7 Sitio y fecha de certificación: | PUNO - 23 DE MAYO DE 2024 | | |

<https://portalremite.gob.pe/verificacionQRRC/verificaciondef>



Firmado digitalmente por:
SAIRITUPA FLORES EDER LENNART
FIR 43641236 haid
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23/05/2024 07:17:22

N° CDEF: 2000934082
Clave: WXXDIAU7

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL

| | | | |
|--|-----------------------|-----------|---------|
| 4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | | | |
| 4.1 Nombres y Apellidos: | PEDRO, FLORES MENDOZA | | |
| 4.2 Grupo étnico: | AYMARA | | |
| 4.3 Documento de identidad: | DNI/LE 01211691 | | |
| 4.4 Sexo: | MASCULINO | 4.5 Edad: | 89 AÑOS |

| | | | |
|-----------------------------------|---|-----------|----------|
| 5. DATOS DEL FALLECIMIENTO | | | |
| 5.1 Lugar: | DOMICILIO - TELESFORO CATAORA 286 - AMERICA / PERU / PUNO / PUNO / PUNO | | |
| 5.2 Fecha: | 23/05/2024 | 5.3 Hora: | 01:00:00 |

| | | | |
|--|--------------------------------|----------------|--------|
| 6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | | | |
| 6.1 Documento de Identidad: | DNI/LE 43641236 | 6.4 Profesión: | MEDICO |
| 6.2 Nombres y Apellidos: | EDER LENNART, SAIRITUPA FLORES | | |
| 6.3 N° de registro del colegio profesional: | 066397 | | |
| 6.5 El que certifica declara: | HABER ATENDIDO AL DIFUNTO | | |



Firmado digitalmente por:
SAIRITUPA FLORES EDER LENNART
FIR 43641236 haid
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23/05/2024

