



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 302
OFICINA TRÁMITE DOCUMENTARIO

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO

Nº 005765

2F 16 SEP 2024

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO: SOLICITA JUSTIFICACION DE LA NO ASISTENCIA
A LABORAR AL CENTRO DE TRABAJO

EXPEDIENTE Nº 9178

HORA: 4:28 FIRMA: [Firma]

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno: LAZARO

Apellido Materno: LAZARO

Nombres: PABLO RAÚL

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento:

DNI: 29595412

RUC:

C.E.:

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA:

Avenida: ☒

Jirón: ☐

Calle: ☐

Pasaje: ☐

Carretera: ☐

Prolongación: ☐

Nombre de la vía: AV. CIRCUNVALACION 641

Nº de Inmueble: ☐

Block: ☐

Interior: ☐

Piso: ☐

Mz: ☐

Lote: ☐

Km: ☐

Sector: ☐

Tipo de Zona:

Urbanización: ☐

Pueblo Joven: ☐

Unidad Vecinal: ☐

Conjunto Habitacional: ☐

Asentamiento Humano: ☐

Cooperativa: ☐

Residencial: ☐

Zona Industrial: ☐

Centro Poblado: ☐

Caserío: ☐

Asociación: ☐

Grupo: ☐

Fundo: ☐

Otros (especificar): ☐

Nombre de zona: ALTO ALIANZA

Referencia:

Departamento: PUNO

Provincia: YUNGUYO

Distrito: YUNGUYO

Teléfonos: 951726292

Autorizo se me notifique
al siguiente correo electrónico:

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con caracter de DECLARACION JURADA

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO :

Que, el día jueves 12 del presente mes viaje a gestionar jurador para la XXXIV Feria Escolar Nacional de Ciencia y Tecnología 2024 a la Universidad Nacional del Altiplano - Puno y ese día fallece mi hermano en la ciudad de Arequipa, por lo que viajo de urgencia por este motivo no asistí a trabajar el día viernes 13 de Setiembre y lunes 16 de Setiembre hasta el mediodía en la tarde ya labore normalmente, por lo cual solicito se me justifique del día viernes y lunes mediodía de no laborar por el fallecimiento y sepelio de mi hermano. Acta de defunción.

Por lo EXPUESTO:

Solicito ser atendido por ser un caso humano.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

- Copia acta de defunción

Yunguyo, 16 de Setiembre 2024

LUGAR Y FECHA

[Firma]

FIRMA DEL USUARIO



2000986368



REPUBLICA DEL PERU



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
UNIDAD DE ESTADISTICA
AREQUIPA

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 02554371
1.3 Prenombres: PERCY AUGUSTO
1.4 Primer Apellido: QUISPE
1.5 Segundo Apellido: LAZARO
1.6 Sexo: MASCULINO 1.7 Edad: 69 AÑOS Aprox. 1.8 Nacionalidad: PERUANA

2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha: 12/09/2024 2.2 Hora: 08:10:00 Aprox.
2.3 Sitio de ocurrencia: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA - AV. ALCIDES CARRION N 505 - AMERICA / PERU / AREQUIPA /
AREQUIPA / AREQUIPA
2.4 Causa básica del fallecimiento: INSUFICIENCIA CARDIACA

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

3.1 Documento de Identidad: DNI/LE 40109017
3.2 Prenombres: JULIO ALBERTO
3.3 Primer Apellido: CONDORI
3.4 Segundo Apellido: CALDERON
3.5 N° de registro del colegio profesional: 048689 3.6 Profesión: MEDICO
3.7 Sitio y fecha de certificación: HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA - 12 DE SETIEMBRE DE 2024

<https://portalrcm.reniec.gob.pe/verificacionQRRC/#/verificaciondef>

N° CDEF: 2000986368

Clave: SN85U2Y0

Firmado digitalmente por:
CONDORI CALDERON JULIO ALBERTO
FIR 4D1D9D17 hard.
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 12/09/2024 09:08:00

PARA EL INTERESADO

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

4.1 Nombres y Apellidos: PERCY AUGUSTO, QUISPE LAZARO
4.2 Grupo étnico: MESTIZO
4.3 Documento de Identidad: DNI/LE 02554371
4.4 Sexo: MASCULINO 4.5 Edad: 69 AÑOS

5. DATOS DEL FALLECIMIENTO

5.1 Lugar: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA - AV. ALCIDES CARRION N 505 - AMERICA / PERU / AREQUIPA /
AREQUIPA / AREQUIPA
5.2 Fecha: 12/09/2024 5.3 Hora: 08:10:00

6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

6.1 Documento de identidad: DNI/LE 40109017
6.2 Nombres y Apellidos: JULIO ALBERTO, CONDORI CALDERON
6.3 N° de registro del colegio profesional: 048689 6.4 Profesión: MEDICO
6.5 El que certifica declara: HABER ATENDIDO AL DIFUNTO

Firmado digitalmente por:
CONDORI CALDERON JULIO ALBERTO
FIR 4D1D9D17 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 12/09/2024



2000986368