

SUMILLA: solicito licencia
por fallecimiento de mi padre

SEÑOR DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO

Yo, Vera Panclas Daniela Michell,
identificada con DNI N° 70419723, con
domicilio real en el Jr. Bolognesi N°
650, ante usted me presento y digo;

Que, habiéndome adjudicado a la plaza de
profesional III equipo itinerante de convivencia escolar, para la sede administrativa de la
Unidad de Gestión Educativa Local Yunguyo, el día lunes 24 de marzo del presente
mediante la modalidad del Decreto Legislativo N° 1057 Contrato Administrativo de
Servicio CAS, recurriendo a su autoridad **SOLICITO Licencia por Luto.**

Esta licencia se encuentra regulada por el artículo 12 del Decreto Supremo 075-2008-
PCM, reglamento del Decreto Legislativo 1057, que indica:

Artículo 12

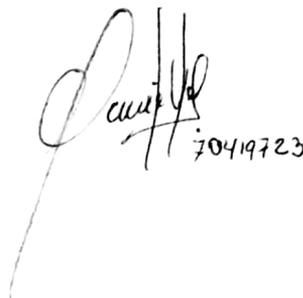
Se suspende la obligación de prestación de servicios del trabajador sujeto al régimen del
Decreto Legislativo N° 1057 en los siguientes casos:

12.1 Suspensión con contraprestación:

f) Por fallecimiento de cónyuge, concubina, padres, hijos o hermanos hasta por tres (3)
días pudiendo extenderse hasta (3) tres días más cuando el deceso se produce en provincia
diferente a donde labora el trabajador.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi petición por ser justa y legal



70419723



2001073631



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

El que suscribe certifica: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCIÓN

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

1.1 Condición de Identificación: PERSONA IDENTIFICADA
 1.2 Documento de Identidad: DNI/LE 01822459
 1.3 Prenombres: LEON FELIPE
 1.4 Primer Apellido: VERA
 1.5 Segundo Apellido: ANGLES
 1.6 Sexo: MASCULINO 1.7 Edad: 67 AÑOS Aprox. 1.8 Nacionalidad: PERUANA

2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha: 22/03/2025 2.2 Hora: 20:00:00 Aprox.
 2.3 Sitio de ocurrencia: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL - AV. CAYRO S/N - AMERICA / PERU / AREQUIPA / AREQUIPA / PAUCARPATA
 2.4 Causa básica del fallecimiento: SHOCK DISTRIBUTIVO

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

3.1 Documento de Identidad: DNI/LE 41181298
 3.2 Prenombres: SHARLOT CAROL
 3.3 Primer Apellido: CHACON
 3.4 Segundo Apellido: AREVALO
 3.5 N° de registro del colegio profesional: 049001 3.6 Profesión: MEDICO
 3.7 Sitio y fecha de certificación: HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL - 22 DE MARZO DE 2025

<https://portalrem.reniec.gob.pe/verificacionQRRC/#/verificacioncdf>



Firmada digitalmente por:
 CHACON AREVALO SHARLOT CAROL
 FIR 41181298 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 22/03/2025 21:22:43

N° CDFD: 2001073631

Clave: ZOX1DSTF

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL

4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

4.1 Nombres y Apellidos: LEON FELIPE, VERA ANGLES
 4.2 Grupo étnico: MESTIZO
 4.3 Documento de identidad: DNI/LE 01822459
 4.4 Sexo: MASCULINO 4.5 Edad: 67 AÑOS

5. DATOS DEL FALLECIMIENTO

5.1 Lugar: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL - AV. CAYRO S/N - AMERICA / PERU / AREQUIPA / AREQUIPA / PAUCARPATA
 5.2 Fecha: 22/03/2025 5.3 Hora: 20:00:00

6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

6.1 Documento de identidad: DNI/LE 41181298
 6.2 Nombres y Apellidos: SHARLOT CAROL, CHACON AREVALO
 6.3 N° de registro del colegio profesional: 049001 6.4 Profesión: MEDICO
 6.5 El que certifica declara: SOLO CONSTATAR LA DEFUNCIÓN

Firmada digitalmente por:
 CHACON AREVALO SHARLOT CAROL
 FIR 41181298 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 22/03/2025



2001073631



2001073631



[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): - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

7.2 Causas Antecedentes: Estados morbosos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica **Intervalo**

- CIE-X (b): - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

- CIE-X (c): - SHOCK DISTRIBUTIVO

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