



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

**UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO**

Nº 008537

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 308
OFICINA TRÁMITE DOCUMENTARIO

06 MAY 2025

EXPEDIENTE Nº 4746

HORA: 9:50 FIRMA: *[Signature]*

(SELLO)

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

SOLICITA SUSPENSIÓN TEMPORAL DESCUENTO JUDICIAL

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE: SEÑOR DIRECTOR DE LA UGEL

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno: TINTAYA Apellido Materno: MAMANI Nombres: Robert David.

Persona Jurídica:

Razón Social: PERSONAL DE SERVICIO DE LA I.E.S. JGC. "CESAR VALLEJO"

Tipo de Documento:

DNI: 01858579 RUC: C.E. 999500176

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA: Avenida: Jirón: Calle: Pasaje: Carretera: Prolongación:

Nombre de la vía: JIRÓN JUAN PASADÓ Nº 625

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: BARRIO LAYNAKOTA - YUNGUYO

Referencia:

Departamento: PUNO Provincia: YUNGUYO Distrito: YUNGUYO

Teléfonos: 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: Con el debido respeto me presento a su autoridad, para solicitarle la suspensión temporal del descuento judicial por el fallecimiento de mi esposa Ruth Judith TITO TICORA con DNI. 00485015 quien falleció en la ciudad de PRICA - CHILE el día 28 de febrero del año 2025, asta mientras siga su proceso de anulación y descuento por vía judicial, para lo cual adjunto Certificado de defunción otorgado por Servicio de Registro Civil e Identificación y Certificado Médico de Defunción y Estadística de mortalidad fetal de la República de Chile

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MEDICO

Yunguyo 06 de Abril del 2025
LUGAR Y FECHA

[Signature]
FIRMA DEL USUARIO



CERTIFICADO DE DEFUNCION

Circunscripción : ARICA
Nro. inscripción : 217 Registro : Año : 2025
Nombre inscrito : RUTH YUDITH TITO TICONA
R.U.N. : --- 000 ---
Fecha nacimiento : 8 Abril 1968
Sexo : Femenino
Fecha defunción : 28 Febrero 2025 a las 08:45 horas.
Lugar defunción : ARICA
Causa de muerte : CANCER DE VESÍCULA ETAPA IV/ METÁSTASIS
HEPÁTICAS/ /

FECHA EMISIÓN: 28 Febrero 2025, 13:46.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710
Impreso en: ARICA
REGION : ARICA Y PARINACOTA

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL
(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

A. USO EXCLUSIVO MÉDICO (O MATRÓN/A EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

3913019

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A Ruth Yudith Tito Ticoua						CÉDULA DE IDENTIDAD 00485015-2					
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> F M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	Día 08	Mes 04	Año 1968	EDAD Años Cumplidos	Sólo si es menor de un año				
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO/A: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)						Meses					
1. Nombre: _____ C.I. _____ Firma: _____						Días					
2. Nombre: _____ C.I. _____ Firma: _____						Horas					
2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN						SOLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL					
FECHA			HORA		Peso al nacer (grs)	Semanas gestación	Estado Nutritivo previo a la enfermedad				
Día	Mes	Año	Hora	Minutos			1: Eutrófico 2: Desnutrición grado I 3: Desnutrición grado II 4: Desnutrición grado III 9: Ignorado				
28	02	2025	08	45							
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN				COMUNA				
<input checked="" type="checkbox"/> 2: Casa habitación 1: Hospital o Clínica 3: Otro			Proje Paya chuta 1839				Arica				
3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.						DURACIÓN ENFERMEDAD		USO M. SALUD			
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)											
a) Cáncer de Vesícula biliar											
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)											
b) Metástasis Hepáticas											
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)											
4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE						EN CASO DE MUERTE VIOLENTE O ACCIDENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> 5: Autopsia 1: Biopsia 3: Operación 4: Exs. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos						LUGAR DE OCURRENCIA		CIRCUNSTANCIAS		TIPO	
						<input type="checkbox"/> 1: Casa 2: Via Pública 3: Trabajo 4: Otro		<input type="checkbox"/> 1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Otra		<input type="checkbox"/> 1: Accidente 2: Suicidio 3: Homicidio 4: Otro	
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO							
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Sí 2: No 9: Ignorado		MÉDICO		Día Mes Año							
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro		OTROS		28 02 2025							
Nombre Médico: Ana Mlle Coustery						Rut: 21.622.558-2		Teléfono: _____		Domicilio: 18 de setiembre 1000	

B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)						USO INE				
INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL				
Último Curso	Nivel					1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
5.- SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.						1.- MENOR DE UN AÑO 2.- DEFUNCIÓN FETAL				
Nombre de la persona gestante / madre / progenitor/a										
ESTADO CIVIL			HIJOS/A: Incluyendo presente inscripción			FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO				
<input type="checkbox"/> S: Soltera C: Casada V: Viuda D: Divorciada A: Conviviente civil J: Separada judicialmente			Vivos/as Fallecidos/as Mortinatos Total			1.- Parto 2.- Aborto				
						Día Mes Año				
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL		
		Último Curso Nivel						1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia		
Nombre del Padre / Progenitor (a)										
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL		
		Último Curso Nivel						1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajador/a por cuenta propia		

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

Oficina Municipal Ltda. / Junio 2020