



MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO  
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL  
(EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 006053

1. Sumilla: SOLICITA CÉSE  
DE PAGO POR FALLECIMIENTO

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige  
SEÑORA DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO I.

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)  
YAMPOL MONTALICO CHOQUEJAHUA

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

72904490

5. D.N.I.

6. Código Modular

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.)

8. Fundamentación del Pedido

QUE habiendo fallecido mi señora madre:  
prof. Alicia CHOQUEJAHUA LAYME el día  
11-11-2024 razón por lo cual siendo el  
único hijo llamado YAMPOL MONTALICO  
CHOQUEJAHUA razón por lo cual solicito  
el CÉSE DE PAGO POR FALLECIMIENTO.

POR LO EXPUESTO.

Ruego a Ud. Señora directora acceder  
a mi petición por ser justo y legal.

9. Documentos que se adjuntan:

DNI  
partida de defunción

10. Lugar y Fecha: Huancayo, 20 de Nov. 2024

11. Firma:

YAMPOL MONTALICO CHOQUEJAHUA







## 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 01848643  
 1.3 Prenombres: ALICIA  
 1.4 Primer Apellido: CHOQUEJAHUA  
 1.5 Segundo Apellido: LAYME  
 1.6 Sexo: FEMENINO    1.7 Edad: 57 AÑOS Aprox.    1.8 Nacionalidad: PERUANA

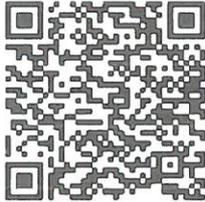
### 2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha: 10/11/2024    2.2 Hora: 10:30:00 Aprox. Aprox.  
 2.3 Sitio de ocurrencia: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL BASE III (PUNO) - RED ASISTENCIAL PUNO - JR. FRANCISCO CACERES JARA N° 600 - DEL PARQUE INDUSTRIAL SALCEDO - AMERICA / PERU / PUNO / PUNO / PUNO  
 2.4 Causa básica del fallecimiento: TUMOR MALIGNO DE VESICULA BILIAR

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

3.1 Documento de Identidad: DNI/LE 08439265  
 3.2 Prenombres: HECTOR  
 3.3 Primer Apellido: HUAMAN  
 3.4 Segundo Apellido: FARFAN  
 3.5 N° de registro del colegio profesional: 026115    3.6 Profesión: MEDICO  
 3.7 Sitio y fecha de certificación: HOSPITAL BASE III (PUNO) - RED ASISTENCIAL PUNO - 10 DE NOVIEMBRE DE 2024

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



N° CDEF: 2001012966  
Clave: YSVEOU09

*Dr. Hector Huaman Farfan*  
 MEDICO INTERNISTA  
 CMP. 26115 RNE. 18839



PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

### INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL

### 4. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

4.1 Nombres y Apellidos: ALICIA, CHOQUEJAHUA LAYME  
 4.2 Grupo étnico: AYMARA  
 4.3 Documento de identidad: DNI/LE 01848643  
 4.4 Sexo: FEMENINO    4.5 Edad: 57 AÑOS

### 5. DATOS DEL FALLECIMIENTO

5.1 Lugar: ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL BASE III (PUNO) - RED ASISTENCIAL PUNO - JR. FRANCISCO CACERES JARA N° 600 - DEL PARQUE INDUSTRIAL SALCEDO - AMERICA / PERU / PUNO / PUNO / PUNO  
 5.2 Fecha: 10/11/2024    5.3 Hora: 10:30:00

### 6. DATOS DE LA PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

6.1 Documento de identidad: DNI/LE 08439265  
 6.2 Nombres y Apellidos: HECTOR, HUAMAN FARFAN  
 6.3 N° de registro del colegio profesional: 026115    6.4 Profesión: MEDICO  
 6.5 El que certifica declara: HABER ATENDIDO AL DIFUNTO



*Dr. Hector Huaman Farfan*  
 MEDICO INTERNISTA  
 CMP. 26115 RNE. 18839





2001012966



*[Handwritten signature]*

PARA EL INTERESADO

PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**7. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN**

<b>7.1 Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)</b>	<b>Intervalo</b>
- CIE-X (a): J960 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	5 DIAS
<b>7.2 Causas Antecedentes: Estados morbosos, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</b>	<b>Intervalo</b>
- CIE-X (b): A419 - SEPTISEMIA SEVERA FOCO BILIAR Y ABDOMINAL	5 DIAS
- CIE-X (c): K830 - COLANGITIS AGUDA CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA	15 DIAS
- CIE-X (d): C23X - TUMOR MALIGNO DE VESICULA BILIAR	6 MESES
<b>7.3 Se realizó necropsia</b>	<b>NO SE REALIZÓ NECROPSIA</b>

**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**



REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN

**FECHA/HORA DE FALLECIMIENTO** 10 DE NOVIEMBRE DE 2024 / 10:30 hrs.  
**LOCALIDAD** PUNO / PUNO / PUNO (20 01 01 000)  
**LUGAR DE OCURRENCIA** ESTABLECIM DE SALUD HOSPITAL BASE III (PUNO) - RED ASISTENCIAL PUNO

DATOS	FALLECIDO
Prenombres	ALICIA
Primer Apellido	CHOQUEJAHUA
Segundo Apellido	LAYME
Documento de Identidad	DNI/LE 01848643
Edad	57 AÑOS
Nacionalidad	PERUANA
Lugar de Nacimiento	PUNO / EL COLLAO / ILAVE (20 12 01 000)
Padre	IGNACIO CHOQUEJAHUA PACCO
Madre	ROSA LAYME QUISPE

**FECHA DE REGISTRO** 19 DE NOVIEMBRE DE 2024  
**OFICINA REGISTRAL** PUNO / EL COLLAO / ILAVE (20 12 01 000)  
**DECLARANTE** JACINTO CCORI AGUILAR  
**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** DNI/LE 02284801  
**REGISTRADOR CIVIL** MAQUERA MAQUERA, EDWIN JHONY  
**DNI** 01872894  
**OBSERVACIONES**

  
Firma del Declarante



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL  
EL COLLAO - ILAVE  
  
Prof. Edwin Jhony Maquera Maquera  
JEFE DE OFICINA REGISTRO CIVIL  
Firma del Registrador



Impresión dactilar



Impresión dactilar



5001542703



**REPÚBLICA DEL PERÚ**  
Municipalidad Provincial El Collao Ilovo  
División de Registro Civil y Estadística

El que suscribe CERTIFICA, que la presente  
es copia fiel del original que se encuentra  
en el archivo de Registro Civil de esta  
Municipalidad

19 NOV 2024

llave: .....

*[Handwritten Signature]*  
Prof. Edwin Shery Maquera Maquera  
JEFE DE LA OFICINA REGISTRO ESTADO CIVIL  
DNI N° 11872894

