

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DEL FALLECIDO                       | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><div>John Luis Perez</div> <div>Arboleda</div> <div>Segundo Apellido</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                     | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><div>24011984</div> <div>Día Mes Año</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                     | 3. SEXO<br><div>Hombre</div> <div>Mujer</div> <div>Se ignora</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                     | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><div>Republica de Colombia</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| DE LA DEFUNCION                     | 5. CURP<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                     | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?<br><div>No</div> <div>Se ignora</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|                                     | 7. NACIONALIDAD<br><div>Colombiana</div> <div>Se ignora</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|                                     | 8. EDAD CUMPLIDA<br><div>034</div> <div>Años cumplidos</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | 9. ESTADO CONYUGAL<br><div>En unión libre</div> <div>Separado(a)</div> <div>Viudo(a)</div> <div>Casado(a)</div> <div>Se ignora</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                     | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br><div>Calle</div> <div>Tiwan Alvarez</div> <div>Barrio de Santiago</div> <div>10.1 Tipo de vivienda</div> <div>10.2 Nombre de la vivienda</div> <div>10.3 Núm. Exterior</div> <div>10.4 Núm. Interior</div> <div>10.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>10.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>10.7 Código Postal</div> <div>10.8 Localidad</div> <div>10.9 Municipio o delegación</div> <div>10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)</div>                                                                                                                                                                                                         |  |
|                                     | 11. ESCOLARIDAD<br><div>Ninguna</div> <div>Preescolar</div> <div>Primaria</div> <div>Secundaria</div> <div>Bachillerato o preparatoria</div> <div>Profesional</div> <div>Posgrado</div> <div>Se ignora</div> <div>11.1 La escolaridad seleccionada es:</div> <div>Completa</div> <div>Incompleta</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                     | 12. OCUPACIÓN PROFESIONAL<br><div>Comerciante</div> <div>Se ignora</div> <div>12.1 Trabajaba</div> <div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| DEL CERTIFICANTE                    | 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><div>Ninguna</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Seguro Popular</div> <div>Otra</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>Se ignora</div> <div>13.1 Número de seguridad social o afiliación</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                     | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><div>Secretaría de Salud</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>Unidad médica pública</div> <div>Unidad médica privada</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div> <div>Via pública</div> <div>Otro lugar</div> <div>Hogar</div> <div>Se ignora</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|                                     | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><div>Calle</div> <div>Valentin Amador</div> <div>Genoveo Rivas Guillen</div> <div>15.1 Tipo de vivienda</div> <div>15.2 Nombre de la vivienda</div> <div>15.3 Núm. Exterior</div> <div>15.4 Núm. Interior</div> <div>15.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>15.7 Código Postal</div> <div>15.8 Localidad</div> <div>15.9 Municipio o delegación</div> <div>15.10 Entidad federativa</div>                                                                                                                                                                                                                       |  |
|                                     | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><div>12102018</div> <div>Día Mes Año Hora Minutos</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| DEL CERTIFICANTE                    | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><div>Si</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                     | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br><div>Si</div> <div>No</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                     | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa principal a renglón. En la señalados modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br><div>Neurorintefcción</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>Virus de inmunodeficiencia humana reactivo</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>20. CAUSAS BÁSICAS DE DEFUNCIÓN<br/><div>Código CIE</div></div>                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                     | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br><div>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br/><div>El embarazo</div><div>El parto</div><div>El puerperio</div><div>43 días a 11 meses después del parto o aborto</div><div>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</div><div>21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br/><div>Si</div><div>No</div><div>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br/><div>Si</div><div>No</div></div></div></div>                                                                                                                                                  |  |
| DEL CERTIFICANTE                    | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br><div>22.1 Fue un presunto<br/><div>Accidente</div><div>Homicidio</div><div>Suicidio</div><div>Se ignora</div><div>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br/><div>Si</div><div>No</div><div>Se ignora</div><div>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br/><div>Vivienda particular</div><div>Área deportiva</div><div>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</div><div>Calle o carretera (vía pública)</div><div>Escuela u oficina pública</div><div>Área comercial o de servicio</div><div>Se ignora</div><div>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)<br/><div>Se ignora</div></div></div></div></div> |  |
|                                     | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                     | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                     | 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><div>22.7.1 Tipo de vivienda</div> <div>22.7.2 Nombre de la vivienda</div> <div>22.7.3 Núm. Exterior</div> <div>22.7.4 Núm. Interior</div> <div>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>22.7.7 Código Postal</div> <div>22.7.8 Localidad</div> <div>22.7.9 Municipio o delegación</div> <div>22.7.10 Entidad federativa</div>                                                                                                                                                                                                                            |  |
| DEL CERTIFICANTE                    | 23. NOMBRE<br><div>Luise Fernanda Osorio</div> <div>Girardo</div> <div>Canocido</div> <div>Nombre(s)</div> <div>Primer Apellido</div> <div>Segundo Apellido</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|                                     | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><div>Conocido</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|                                     | 25. CERTIFICADA POR<br><div>Médico tratante</div> <div>Médico legista</div> <div>Otro médico</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</div> <div>Autoridad civil</div> <div>Otro</div> <div>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br/><div>7288209</div><div>Número de la cédula profesional</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                                     | 27. FIRMA<br><div>Javier Ruiz</div> <div>Ballina</div> <div>28. FIRMA<br/><div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| DEL CERTIFICANTE                    | 29. DOMICILIO y TELÉFONO<br><div>Calle</div> <div>Valentin Amador</div> <div>San Francisco</div> <div>29.1 Tipo de vivienda</div> <div>29.2 Nombre de la vivienda</div> <div>29.3 Núm. Exterior</div> <div>29.4 Núm. Interior</div> <div>29.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>29.7 Código Postal</div> <div>29.8 Localidad</div> <div>29.9 Municipio o delegación</div> <div>29.10 Entidad federativa</div> <div>29.11 Teléfono</div>                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                     | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><div>12102018</div> <div>Día Mes Año</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |



180646629



