

OFICIOS RECIBIDOS



FGR

UEILCA 358

Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa

Id: 10413

Número: CSCR/3736/2019

Fecha: 15/08/2019 Fecha del turno: 15/08/2019

Fecha del término: Fecha de devolución:

Turnado a: MTR. [Redacted]

Status: SEGUIMIENTO

Quién remite: PEDRO GUEVARA PÉREZ, COORDINADOR DE SUPERVISIÓN Y CONTROL REGIONAL

Asunto: PROCEDENCIA: SUBPROCURADURÍA DE CONTROL REGIONAL, PROCEDIMIENTOS PENALES Y AMPARO. REMITE ESCRITO DE RESPUESTA PROPORCIONADO POR EL APODERADO LEGAL DE TELEFONOS DE MÉXICO, S.A.B. DE C.V.

Observaciones:



15-08-2019



FGR

SUBPROCURADURÍA DE CONTROL REGIONAL
PROCEDIMIENTOS PENALES Y AMPARO
COORDINACIÓN DE SUPERVISIÓN Y CONTROL REGIONAL

Oficio no. CSCR/ 3736 /2019
Ciudad de México, a 15 de agosto de 2019
"Año del Cauillito del Sur, Emiliano Zapata"

FGR RECIBIDO

15 AGO 2019 10413

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Mtro. Omar Gómez Trejo
Titular de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el caso Ayotzinapa
Presente

Distinguido Maestro:

Con fundamento en los artículos 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 2, 8 y 39, de la Ley Federal Contra la Delincuencia Organizada; artículos 189 y 190 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión; 2ª fracciones II y XI, 44, 168 y 180 del Código Federal de Procedimientos Penales; así como los Acuerdos A/181/10, A/056/11, y A/110/12 del C. Procurador General de la República, en relación con la indagatoria AP/PGR/SDH-PDSC/OI/001/2015, me permito remitir a usted escrito de respuesta proporcionado por el Apoderado Legal de la empresa Telefonos de México, S.A.B. de C.V., en atención al requerimiento formulado por el [Redacted] Agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a esa unidad a su digno cargo.

Agradezco anticipadamente la deferencia de su atención y le reitero las muestras de mi distinguida consideración

ATENTAMENTE
EL COORDINADOR DE SUPERVISIÓN Y CONTROL REGIONAL

PEDRO GUEVARA PÉREZ

CD. Dr. Roberto Andrés Ochoa Romo Subprocurador de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo Para su superior conculcadero Presente

Asista: Regis Ariza Paredes Hernández
Lugar: [Redacted]

Avenida Insurgentes, Número 28 de la Colonia Insurgentes, Colonia Roma Norte, México Cuauhtémoc, Código Postal 06700 Ciudad de México, Tel. 52-55-56-56 extensión 504777 www.pgr.gob.mx



REPUBLICA
DE INVESTIGACIÓN
DEL CASO
AYOTZINAPA

359



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

SUBPROCURADURÍA DE CONTROL REGIONAL
PROCEDIMIENTOS PENALES Y AMPARO
COORDINACIÓN DE SUPERVISIÓN Y CONTROL REGIONAL

Oficio no. CSCR/ 3736 /2019
Ciudad de México, a 15 de agosto de 2019
"Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

Mtro. Omar Gómez Trejo
Titular de la Unidad Especial de Investigación y
Litigación para el caso Ayotzinapa
Presente:



FGR RECIBIDO
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

15 AGO 2019
13:50

10413

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Distinguido Maestro:

Con fundamento en los artículos 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 2, 8 y 39, de la Ley Federal Contra la Delincuencia Organizada; artículos 189 y 190 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión; 2º, fracciones II y XI, 44, 168 y 180 del Código Federal de Procedimientos Penales; así como los Acuerdos A/181/10, A/056/11, y A/110/12 del C. Procurador General de la República; en relación con la indagatoria AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015, me permito remitir a usted escrito de respuesta proporcionado por el Apoderado Legal de la empresa Teléfonos de México, S.A.B. de C.V., en atención al requerimiento formulado por el Lic. [REDACTED] Agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a esa unidad a su digno cargo.

Agradezco anticipadamente la deferencia de su atención y le reitero las muestras de mi distinguida consideración.

A T E N T A M E N T E:
EL COORDINADOR DE SUPERVISIÓN Y
CONTROL REGIONAL

[Handwritten Signature]
PEDRO GUEVARA PÉREZ

c.c.p. Dr. Roberto Andrés Ochoa Romero, Subprocurador de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo. Para su superior conocimiento. Presente.

Elaboro	Pedro Arturo Pancardo Hernandez
Folio	1858

Avenida Insurgentes, Número 20 de la Glorieta Insurgentes, Colonia Roma Norte,
Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06700, Ciudad de México. Tel: 53-46-00-00 extensión 504772 www.pgr.gob.mx

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



Subprocuraduría de Control Regional
Procedimientos Penales y Amparo.

360

Coordinación de Supervisión y Control
Regional.

OFICIO No. CSCR/03281/2019.

Ciudad de México, 31 de julio de 2019.

C. PEDRO GUEVARA PÉREZ
COORDINADOR DE SUPERVISIÓN Y
CONTROL REGIONAL

P R E S E N T E .

Me refiero al oficio al rubro citado, por virtud del cual solicita se le proporcione datos conservados respecto de las líneas telefónicas con números [REDACTED] a partir del 17 de julio del 2017.

Al respecto me permito informar a Usted la imposibilidad para desahogar el requerimiento de mérito en sus términos, toda vez que, al tenor de los dispositivos 189 y 190 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, el periodo de conservación de datos es de veinticuatro meses posteriores a la fecha en que se hayan generado; no obstante remito datos conservados y detalle de llamadas registrados durante el periodo a que se ha hecho referencia; información inherente y aplicable a líneas telefónicas fijas, en términos del dispositivo 190 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión.

Sin otro particular por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Lic. [REDACTED]

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AIC
CENAPI
RECEPCIÓN DE DATOS DE CONCESIONARIAS DE
REDES PÚBLICAS DE TELECOMUNICACIONES
(Art. 189 Ley Federal de Telecomunicaciones)
Teléfonos de México, S.A. de C.V.

JMMR*

07 AGO 2019

HORA: 17:20
R E C I B I D O



EN LA REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
R.V. EL CASO
A.P.A.



362

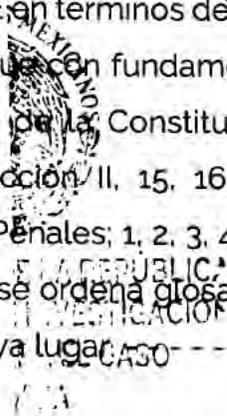
**ACUERDO MINISTERIAL DE RECEPCIÓN DE COPIA DE CONOCIMIENTO DEL
Oficio No. SCRPPA/DS/4881/2019**

- - - En la Ciudad de México, siendo las 14:21 catorce horas con veintiún minutos del día 16 dieciséis de agosto de 2019 dos mil diecinueve, el suscrito Maestro [REDACTED]

[REDACTED] Ministerio Público Federal, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación Para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos en la Fiscalía General de la República, creado mediante acuerdo A/010/19, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 veintiséis de junio del presente año; quien actúa en términos de lo dispuesto en los transitorios Sexto y Décimo Segundo, fracción II, del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicado el 14 de diciembre de 2018 en el Diario Oficial de la Federación, 1 y 3, inciso A), fracción V, del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, del acuerdo A/013/19, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 quince de julio del presente año y en términos del artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, con dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legal; hace constar que se: -----

- - - **TIENE** por recibido el oficio de asignación de documentos **Id 10414**, por medio del cual se hace entrega del Oficio No. **SCRPPA/DS/4881/2019**, de 6 seis de agosto del presente año, suscrito por el Dr. Roberto Andrés Ochoa Romero, Subprocurador de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo, dirigido a la Mtro. Pedro Guevara Pérez, Coordinador de Supervisión y Control Regional, por medio del cual le solicita se suscriba la petición de información al representante legal de la empresa **RADIOMÓVIL DIPSA, S.A. DE C.V.**, en base al requerimiento formulado por esta Unidad Especializada mediante el oficio FGR/UEILCA/0449/2019. -----

- - - Documentales constantes de 2 dos fojas útiles, tamaño carta, de las cuales se procedió a dar FE, en términos de artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales, por lo que con fundamento en lo señalado por los artículos 1º, 16, 20, 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1º fracción I, 2º fracción II, 15, 16, 19, 26, 206, 208 y 269 del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 2, 3, 4, y 5 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, se ordena glosar a las presentes actuaciones para todo los efectos legales a que haya lugar. -----





362

----- CUMPLASE -----

--- Asi lo acordó y firma, el suscrito Maestro [REDACTED]
Ministerio Público Federal, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación
Para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos
Humanos en la Fiscalía General de la República, creado mediante acuerdo A/010/19,
publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 veintiséis de junio del presente
año; quien actúa en términos de lo dispuesto en los transitorios Sexto y Décimo
Segundo, fracción II, del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía
General de la República, publicado el 14 de diciembre de 2018 en el Diario Oficial de
la Federación, 1 y 3, inciso A), fracción V, del Reglamento de la Ley Orgánica de la
Procuraduría General de la República, del acuerdo A/013/19, publicado en el Diario
Oficial de la Federación el 15 quince de julio del presente año y en términos del
artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, con dos testigos de
asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia [REDACTED]

----- DAMOS FE -----

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[REDACTED]

C.

[REDACTED]



DE LA REPÚBLICA
E INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
AYOTZINAPA

OFICIOS RECIBIDOS



FGR

UEILCA

363

Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa

Id: 10414
 Número: SCRPPA/DS/4881/2019
 Fecha: 06/08/2019 Fecha del turno: 15/08/2019
 Fecha del término: Fecha de devolución:
 Turnado a: MTRC
 Status: SEGUIMIENTO
 Quién remite: DR. ROBERTO ANDRES OCHOA ROMERO



15-08-2019

Asunto: PROCEDENCIA: SUBPROCURADURÍA DE CONTROL REGIONAL, PROCEDIMIENTOS PENALES Y AMPARO. EN ATENCIÓN AL OFICIO FGR/UEILCA/0449/2019, MEDIANTE EL CUAL SOLICITA INFORMACIÓN A LA EMPRESA TELEFÓNICA DENOMINADA RADIO MOVIL DIPSA, S.A DE C.V. AL RESPECTO INFORMA SOBRE EL TRÁMITE PROPORCIONADO.

Observaciones:

FGR
FISCALÍA CENTRAL DE LA REPÚBLICA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
SUBPROCURADURÍA DE CONTROL REGIONAL
PROCEDIMIENTOS PENALES Y AMPARO
DESPACHO DEL SUBPROCURADOR

Oficio No. SCRPPA/DS/4881/2019
Ciudad de México, a 06 de agosto del 2019
2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata

GR RECIBIDO
15 AGO 2019
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Mtro. Pedro Guevara Pérez
Coordinador de Supervisión y Control Regional
Presente.

Distinguido maestro Guevara:

Adjunto al presente remito a usted el oficio núm. FGR/UEILCA/0449/2019, de fecha 06 de agosto de la presente anualidad, signado por el Mtro. Jorge Augusto Barra Kadoche, agente del Ministerio Público Federal adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, por el que solicita se suscriba la petición de información al representante legal de la empresa denominada RADIOMÓVIL DIPSA, SA de C.V. respecto de la averiguación previa A.P. PGR/SDHPDSC/01/001/2015. Lo anterior, para que provea lo que conforme a Derecho corresponda.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE
EL SUBPROCURADOR DE CONTROL REGIONAL,
PROCEDIMIENTOS PENALES Y AMPARO

DR. ROBERTO ANDRÉS OCHOA ROMERO
Cónsul General en la República de México en el Estado de Veracruz, Jalisco y Oaxaca, según instrucciones de la Ley que faculta a la Fiscalía General de la República.

Atención (B2) copia simple:
C. de. Mtro. Oscar Gabriel Trigo - Titular de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa - Para su conocimiento - Presente.
Mtro. Rosa Lorey Carillo Tzuc - Directora General Adjunta de la Oficina de Investigación - Para su conocimiento - Presente.
Lola María Edelmira García - Encargada de la Dirección General de Control de Investigaciones Penales - Mtro. Dr. Presente.
Lola María José Sosa Romo - Asesoría Jurídica del Subprocurador de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo - Mtro. Dr. Presente.

Teléfono 55 53 12 00
Lola María Edelmira García
Lola María José Sosa Romo

Av. Insurgentes No. 70 de la Gloriosa de Insurgentes, Col. Roma Norte, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX
CP 06700 - Tel: 55 53 46 - 0000 ext. 500492 y 500331 / www.gob.mx/fgr



REPUBLICA
INVESTIGACIÓN
DEL CASO



367

Oficio No. SCRPPA/DS/4881/2019

Ciudad de México, a 06 de agosto del 2019.
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata".

Mtro. Pedro Guevara Pérez
Coordinador de Supervisión y
Control Regional
Presente.

GR RECIBIDO 10414
15 AGO 2019
13:27
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
LITIGACIÓN

Distinguido maestro Guevara:

Adjunto al presente remito a usted el oficio núm. FGR/UEILCA/0449/2019, de fecha 06 de agosto de la presente anualidad, signado por el Mtro. Jorge Augusto Ibarra Kadoche, agente del Ministerio Público Federal adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, por el que solicita se suscriba la petición de información al representante legal de la empresa denominada RADIOMÓVIL DIPSA, S.A. de C.V., respecto de la averiguación previa A.P. PGR/SDHPDSC/01/001/2015. Lo anterior, para que provea lo que conforme a Derecho corresponda.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL SUBPROCURADOR DE CONTROL REGIONAL,
PROCEDIMIENTOS PENALES Y AMPARO

DR. ROBERTO ANDRÉS OCHOA ROMERO

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos Tercero, Sexto y Décimo segundo transitorios de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República

Anexos: (03) copias simples.

C.c.p. Mtro. Omar Gómez Trejo.- Titular de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa.- Para su conocimiento.- Presente.

Mtra. Rosa Laura García Tinoco.- Directora General Adjunta de la Oficina de Investigación.- Para su conocimiento.- Presente.

Lcda. Marilú Miranda García.- Encargada de la Dirección General de Control de Averiguaciones Previas.- Mismo fin.- Presente.

Lcda. María José Sosa Pérez.- Secretaria Particular del Subprocurador de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo.- Mismo fin.- Presente.

Turno SIGEI: 11293

Elaboró:	Lcda. María Esther Zaragoza Liñán
Revisó y autorizó:	Lcda. Laura Patricia Orta García

Av. Insurgentes No. 20, de la Glorieta de Insurgentes, Col. Roma Norte, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX,
CP. 06700. +52 (55) 5346 - 0000 ext. 500493 y 500331 / www.gob.mx/fg

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
LITIGACIÓN
EL CASO
AYOTZINAPA



ACUERDO MINISTERIAL DE DILIGENCIAS

--- En la ciudad de México, siendo las 14:32 catorce horas con treinta y dos minutos del día 16 dieciséis de agosto de 2019 dos mil diecinueve, el suscrito Maestro [REDACTED] Ministerio Público Federal, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación Para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos en la Fiscalía General de la República, creada mediante acuerdo A/010/19, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 veintiséis de junio del presente año y quien actúa en términos de lo dispuesto en los transitorios Sexto y Décimo Segundo, fracción II, del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicado el 14 de diciembre de 2018 en el Diario Oficial de la Federación, 1 y 3, inciso A), fracción V, del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, del acuerdo A/013/19, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 quince de julio del presente año y en términos del artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, con dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legal; hace constar que: -----

--- **VISTO**, el contenido de las constancias que integran la averiguación previa en que se actúa, se aprecia que obra desplegado de antecedentes telefónicos del número [REDACTED]

[REDACTED]

355200059550400.

[REDACTED] y en razón de que este pudiera estar vinculado directamente con los hechos que se investigan, se considera procedente y conducente realizar las gestiones necesarias a fin de requerir a la empresa **RADIOMÓVIL DIPSA S.A. DE C.V.**, el desplegado de antecedentes telefónicos que contengan información contemporánea y actualizada respecto del mismo, a efecto de estar en condiciones de conocer su comportamiento actual y así mismo continuar con su estudio y análisis, por lo que: -

CONSIDERANDO

--- Que esta autoridad tiene la facultad y el deber de investigar los delitos, que son puestas en su conocimiento, conforme a lo dispuesto en el artículo 21 Constitucional, razón por la cual se deberán realizar las gestiones necesarias para general el oficio en base a los antecedentes descritos. -----

--- Es por ello que, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102 Apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 1 fracción I, 2º fracción II, 15, 16 segundo párrafo, 168, 180 y 206 del Código Federal de Procedimientos Penales, 1, 2, 3, 4 y 5 de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, 1, 5, 7 y 13 de su Reglamento, 14 fracción III de la Ley Federal de

PA



Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, es de acordarse y se: -----

----- **ACUERDA** -----

--- **PRIMERO.-** Gírese oficio a la Subprocuraduría de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo a efecto de que por su conducto se solicite a la empresa **RADIOMÓVIL DIPS A S.A. DE C.V.**, remita información actualizada respecto

[Redacted]

--- **SEGUNDO.-** Practíquense las demás diligencias que resulten de las anteriores. -----

----- **CÚMPLASE** -----

--- Así lo resolvió y firma el suscrito Maestro [Redacted]

[Redacted] Ministerio Público Federal, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación Para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos en la Fiscalía General de la República, creado mediante acuerdo A/010/19, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 veintiséis de junio del presente año; quien actúa en términos de lo dispuesto en los transitorios Sexto y Décimo Segundo, fracción II, del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicado el 14 de diciembre de 2018 en el Diario Oficial de la Federación, 1 y 3, inciso A), fracción V, del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, del acuerdo A/013/19, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 quince de julio del presente año y en términos del artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, con dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, p[ro] legal.

----- **DAMOS FE** -----

[Redacted]

[Redacted]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[Redacted]

--- **RAZON.-** En la misma fecha el personal que actúa, hace constar que se elaboró el oficio número **FGR/FEMDH/UEILCA/0066/2019**, dándole cumplimiento al acuerdo que antecede, lo que se asienta para todos los efectos legales que haya lugar. -----

----- **CONSTE** -----

----- **DAMOS FE** -----

[Redacted]

[Redacted]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[Redacted]

C. J.



16 AGO 2019

A.P. PGR/SDHPDSC/01/001/2015

Oficio No. FGR/FEMDH/UEILCA/0066/2019

Ciudad de México, a 16 de agosto del 2019
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

[Handwritten signature]
0247

Dr. Roberto Andrés Ochoa Romero
Subprocurador de Control Regional,
Procedimientos Penales y Amparo.

Presente.

En cumplimiento al acuerdo dictado dentro de la indagatoria al rubro citado y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 21 y 102, apartado "A", de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2, fracción II, 168, 180, 206, del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 2, 3, 4, 5 y 14 de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, lo dispuesto en los transitorios Sexto y Décimo Segundo, fracción II, del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicado el 14 de diciembre de 2018 en el Diario Oficial de la Federación; el acuerdo A/110/12 del Procurador General de la República, con relación a lo previsto por los artículos 189 y 190 de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, solicito su valiosa colaboración a efecto de que de no existir inconveniente legal alguno, en apoyo a esta Unidad Especial de Investigación y Litigación Para el Caso Ayotzinapa, creada mediante el acuerdo A/010/19, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de junio del presente año, así como el acuerdo A/013/19, publicado en el Diario oficial de la Federación el 15 de julio del corriente, se suscriba la solicitud de información a los Representantes Legales de las Empresas que se indican.

En mérito de lo expuesto, y toda vez que en la presente indagatoria, se investiga el delito de Secuestro y lo que resulte, he de agradecer suscriba la petición a los Representantes legales de la Compañía **RADIOMÓVIL DIPSA S.A. DE C.V.** para que informe:

- Nombre, denominación o razón social y domicilio de los suscriptores;
- Tipo de comunicación, en su caso, (transmisión de voz, buzón vocal, conferencia de voz), servicios suplementarios (incluidos el reenvío o transferencia de llamada) o servicios de mensajería o multimedia empleados (incluidos los servicios de mensajes cortos, servicios multimedia y avanzados);
- Datos necesarios para rastrear e identificar el origen y destino de las comunicaciones de telefonía móvil: número de destino, modalidad de líneas con contrato o plan tarifario, como en la modalidad de líneas de prepago;

[Circular stamp: FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA]



A.P. PGR/SDHPDSC/01/001/2015

- Datos necesarios para determinar la fecha, hora y duración de la comunicación, así como el servicio de mensajería o multimedia;
- En su caso, identificación y características técnicas de los dispositivos, incluyendo, entre otros, los códigos internacionales de identidad de fabricación del equipo y del suscriptor, siendo de gran relevancia,
- En su caso, la ubicación cartográfica de las radiobases que prestaron el servicio, así como el Azimuth y Ubicación GPS que tuvo la conexión para el servicio de las llamadas correspondientes, siendo de gran relevancia para la adecuada procuración de justicia, los datos necesarios para rastrear e identificar el origen y destino de las comunicaciones de referencia, respecto al siguiente número:

No.	NÚMERO	COMPANÍA Y PERIODO
1	[REDACTED]	RADIOMÓVIL DIPSA, S.A. DE C.V. DEL 16 DE AGOSTO DE 2017 A LA FECHA

Por lo anterior, he de agradecer que una vez suscrita la petición por Usted, se haga llegar la respuesta oportunamente, con la finalidad de continuar con su trámite.
Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar a usted la seguridad de mi más atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

MTRO. [REDACTED]

MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL
ADSCRITO A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Vo.Bo. [REDACTED]

MTRA. ROSA LAURA GARCÍA TINOCO.

C.c.p. Mtro. Omar Gomez Trejo Titular de la Unidad Especial de Investigación y Litigación Para el Caso Ayotzinapa Para su superior conocimiento. Presente



"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

**DECLARACIÓN MINISTERIAL DEL C. [REDACTED]
[REDACTED] DEL AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
QUE DECLARA EN CALIDAD DE TESTIGO.**

----En la Ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero, siendo las 15:00 quince horas con [REDACTED] y [REDACTED] de [REDACTED] de dos mil diecinueve (2019), ante la licenciada [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, de la Procuraduría General de la República, quien actúa en términos de lo dispuesto por los artículos 20, apartado A, 21 y 102, Apartado A, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 3, 4, 5, así como los Transitorios Tercero y Sexto de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República; y 1, 2, 7 y demás aplicables, así como en términos del artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, así como los acuerdos A/010/19 y A/013/19, suscritos por el Fiscal General de la República, el primero mediante el cual se crea la Unidad Especial de Investigación para el Caso Ayotzinapa y el segundo mediante el cual se establece bajo competencia y se crea la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, en forma legal con dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida [REDACTED]

[REDACTED] quien es Director de Discapacitados del ayuntamiento Municipal de Iguala de la Independencia Guerrero, estando presentes en el domicilio que ocupa las oficinas de la Subse de Iguala de la Delegación Guerrero, ubicada en Calle Nicolás Bravo número 1, Colonia Centro, Código Postal 40000, a quien se le hace saber el contenido del artículo 243 del Código Federal de Procedimientos Penales, que a la letra dice: "No se obligará a declarar al tutor, curador, pupilo o cónyuge del inculpado ni a sus parientes por consanguinidad o afinidad en la línea recta ascendiente o descendente, sin limitación de grados, y en la colateral hasta el cuarto inclusive, ni a los que estén ligados con el inculpado por amor, respeto, cariño o estrecha amistad, pero si estas personas tuvieran voluntad de declarar se hará constar esta circunstancia y se recibirá su declaración, refiriéndose conecedor de tal situación, y toda vez que se encuentra debidamente enterado de todos y cada uno de sus derechos.", así también, de conformidad con el artículo 247 del Código Federal de Procedimientos Penales, en relación con el 247 fracción I del Código Penal Federal, se hace del conocimiento lo previsto en los dispositivos citados, particularmente de las penas que establece la ley para quienes declaran con falsedad ante Autoridad distinta de la judicial en ejercicio de sus funciones, y una vez teniendo conocimiento de las disposiciones antes citadas, se procede a preguntar al compareciente: ¿Protesta conducirse con verdad ante esta Autoridad Federal? A lo que contestó que-----

---SI PROTESTO, Por lo que una vez protestado en términos del artículo 248 del Código Federal de Procedimientos Penales, se procedió a identificar el testigo, quien por sus generales, dijo llamarse [REDACTED] quien se identifica en este momento con [REDACTED] expedida en su favor por el Instituto Nacional Electoral, en el que se aprecia una fotografía a color que concuerda fielmente con los rasgos fisonómicos del compareciente, que lo acredita como Ciudadano Mexicano y exhibe en este momento, documento del cual se ordena obtener copia, para que previo cotejo sea certificada y agregada a actuaciones de la indagatoria en que se actúa, documento del cual se DA FE de tener a la vista, en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales y se le devuelven al interesado por así haberlo solicitado y no existir inconveniente alguno al respecto, previa copia certificada que se glosa al expediente y se presenta a rendir su declaración a razón de la citación que se hiciera previamente; En este momento manifiesta llamarse [REDACTED] quien a la vista de ésta Representación Social se encuentra debidamente orientado, con la edad, capacidad e instrucción, para tener el criterio necesario para atender la presente diligencia, sin que se le obligue a participar en la misma, por fuerza o miedo, ni tampoco mediante engaño, error o soborno, en la citación hecha por la autoridad ministerial. Acto seguido, el compareciente refiere no tener vínculos de parentesco, amistad o cualquier otro, ni guardo rencor u odio, con los probables responsables, ofendidos y víctimas de los hechos, es decir, con los cuarenta y tres estudiantes desaparecidos. Una vez manifestado lo anterior por el testigo, de igual manera se le hace de su conocimiento el contenido del artículo 79 del Código adjetivo, donde se hace referencia a las citaciones por teléfono, por lo que proporciona el número [REDACTED]



370

[REDACTED] que es mi número celular, que lo tiene desde aproximadamente cuatro años, aproximadamente desde el año dos mil quince. Acto seguido manifiesta expresamente su voluntad de no tener ningún inconveniente al respecto de que las citaciones sean por ese medio, acto continuo esta Representación Social le hace del conocimiento de sus-----

DERECHOS

-----Que conforme a lo establecido en el artículo 127 BIS del Código Federal de Procedimientos Penales, tiene el derecho a ser asistido por abogado para la realización de la presente diligencia, manifestando para efectos de la presente diligencia no es su deseo ser asistido ya que considera que no es necesario, y señala como sus **GENERALES**: llamarse como ha quedado escrito, ser de nacionalidad [REDACTED] tengo [REDACTED] de edad por haber nacido [REDACTED] CIIPP-

[REDACTED] sin embargo [REDACTED] pero vivo con [REDACTED] quien tiene aproximadamente [REDACTED] años, y [REDACTED] quien es la menor de aproximadamente [REDACTED] años, viva, yo me dedico a trabajar en el ayuntamiento del Municipio de Iguala de la Independencia, Guerrero, con el cargo de [REDACTED], es decir soy servidor público del municipio de Iguala, Guerrero, sin desempeñar otro trabajo, con nueve meses y medio en el cargo, ya que entre a laborar el primero de noviembre de dos mil dieciocho, [REDACTED] registrado en el municipio Iguala de la Independencia, Guerrero, [REDACTED] desde el año dos mil quince con instrucción

domicilio [REDACTED]

[REDACTED] mi número telefónico celular ya lo mencione, no cuento con número telefónico de casa, no tengo correo electrónico ni red social, si fumo, diariamente aproximadamente me fumo diez cigarros o más, consumo bebidas alcohólicas de vez en cuando, no soy adicto a sustancias psicotrópicas y tengo ingresos mensuales de aproximado [REDACTED] mensualmente aproximadamente, cabe hacer la aclaración que padezco secuela de polio en el brazo de izquierdo y en la pierna derecha, de manera transversal, padezco desde que tenia dos años de edad aproximadamente.

---Acto continuo, se le hace saber al compareciente que rinde su declaración ante esta Representación Social de la Federación en calidad de testigo respecto de los hechos que se investigan en la presente Averiguación Previa en que se actúa, los cuales suscitaron en la Ciudad de Iguala de la Independencia los días 26 y 27 de septiembre de dos mil catorce, en agravio de los estudiantes de la Escuela Normal Rural Isidro Burgos, "Ayotzinapa", de lo que el declarante se hace sabedor de los derechos que le asisten.

DECLARA

Que vengo ante esta autoridad a rendir mi declaración en atención al citatorio que me mandara esta autoridad.

---Que [REDACTED] del ayuntamiento del Municipio de Iguala de la Independencia, Guerrero, y mis actividades son dar atención a los grupos vulnerables de discapacitados, dar apoyo a dichas personas, así como asesorarlos y verificar que el municipio tenga instalaciones para discapacitados, y que llegue a residir desde el año dos mil quince [REDACTED] es decir desde hace cinco años que tengo viviendo en [REDACTED] señalado con anterioridad por invitación de un amigo que le iba a donar el terreno, siendo que en el año dos mil diecisiete el Comité de la colonia [REDACTED] presidido por el entonces [REDACTED] quien vivía en esa colonia y lo mataron al parecer el año pasado dos mil dieciocho, fue él mediante acuerdo de los colonos que me designaron como el encargado del Comité de panteones en enero del dos mil diecisiete, ya que había también Comité de Comedor, que son los comités que recuerdo, por lo que comencé a representar a dicho Comité, hasta enero del año dos mil diecinueve, en lo que corresponde al "Panteón Fermin Rabadán", asimismo dentro del grupo estábamos el señor [REDACTED] no recuerdo su otro apellido, quienes duraron un mes dentro del Comité de Panteón; trabajé como apoyo en servicios de la colonia, como servicios de cuando fallecía alguna persona, se le brindaba el apoyo a los familiares asignándoles una porción de terreno dentro del panteón como fosa para que fuera enterrado el difunto, coordinar el servicio de limpieza del panteón con los colonos, para quitar las hierbas y basura, que se realizaba dos veces por año; asimismo cuando había una persona fallecida se le pedía el acta de defunción [REDACTED]



no se podía enterrar y el comprobante de domicilio y la credencial de elector, eran los documentos que se les pedía a los deudos, en copias simples, en ocasiones entregaban el original del acta de defunción, así como la cooperación voluntaria de que oscilaba entre los \$200.00 M/N (Doscientos Pesos) y \$400 (Cuatrocientos Pesos), la cantidad era determinada por los acuerdo de los colonos, cuando la persona fallecida radicaba en esa colonia, pero si la persona fallecida no residía en esa colonia, el delegado autorizaba en entierro del occiso a los familiares, la cuota era la misma para los externos, es decir de \$200.00 M/N (Doscientos Pesos) y \$400 (Cuatrocientos Pesos), asimismo al pagar se les otorgaba un recibo que decía cooperación al panteón sin señalar la ubicación de la tumba, de los entierros no había una cifra exacta de cuantos se enterraban al mes, pues variaba ya que en ocasiones transcurría uno o dos meses sin que hubiera; el panteón se describe la entrada por portón grande y al entrar están las tumbas y mausoleos alineadas por filas, y al final y al fondo a la derecha en la orilla están las fosas comunes que son dos agujeros de fosas comunes de aproximadamente tres metros de ancho por otros tres metros de largo, desconociendo la profundidad, identificadas como 1 una y la otra como 2 dos; asimismo dentro el periodo que yo estaba trabajando en el Comité, como una o dos ocasiones llegaron el Ministerio Público de Iguala mediante un oficio que me mostraban sin recordar las fechas que se hicieron, siendo que esta dentro de la documentación que tiene el encargado del panteón, que iban a identificar un cuerpo y ellos se encargaban de abrirla fosa común con máquina y con pico y pala por ser tierra dura como piedra blanca, iban acompañados del SEMEFO Servicio Médico Forense de Iguala, Guerrero, por la camioneta que llevaban, iban protegidos con guantes cubre bocas y con ropa diferente como de blanco que se cubrían, tomaban fotografías del terreno y cuando metían la máquina para escavar y ellos mismos las cerraban le ponen cemento, desconociendo que más realizaban, sin que se llevara algún cuerpo ya que solo buscaban el cuerpo y verificaban por el número que tenían asignado estaban en caja de muerto, nunca abrieron tumbas de las personas que tenían familiares, es decir, de las identificadas ya que tenían el nombre y la fecha en que morían, tampoco se abrieron las fosas comunes para enterrar a una persona y también cuando estuve de encargado nunca se presentó alguna persona solicitando el entierro de una persona sin que tuviera al acta de defunción, así como abrir la fosa común para enterrar a una persona o sacarla sin alguna autorización ya que no se podía; tengo conocimiento que el panteón es legal, por platicas de los colonos, y que la autorización del lugar la dio el Secretario de Salud Lázaro Mazón Alonso, sin recordar en que año se abrió el panteón, el cual pertenece a la colonia Fermin Rabadán, por otro lado, desconozco por no saber ni escuchar que en ese panteón de Fermin Rabadán hayan enterrado a personas desconocidas después de hechos sucedidos en Iguala Guerrero, el veintiséis y veintisiete de septiembre de dos mil catorce o que se tratara de ellos y fueran enterrados en ese u otro lugar, solo lo que vi en la televisión con relación a Cocula, así mismo cuando estuve trabajando en el comité no fue personal de PGR, Militares, ni otro tipo de autoridades salvo el de Semefo Servicio Médico Forense y el Ministerio Público de Iguala, nunca me di presencia o tuve conocimiento de que hubiera una situación rara o extraña del panteón cuando fui participe del comité ya que si hubiese pasado algo la gente sabe al momento y hace alboroto.

---Acto continuo esta Representación Social de la Federación en términos del segundo párrafo del artículo 249, en atención al 242, ambos del Código Federal de Procedimientos Penales procede a realizar preguntas al testigo siendo---

---PRIMERA.- ¿Que diga el declarante si tiene algo más que señalar en la presente declaración? **CONTESTA.-** No tengo nada más que señalar

---SEGUNDA.- ¿Que diga el declarante

CONTESTA.-

---A LA TERCERA.- ¿Que diga el declarante

CONTESTA.-

---Acto continuo esta Representación Social de la Federación, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 16, 21 y 102 Apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 15, 16, 17, 180 y 206 del Código Federal de Procedimientos Penales; 1 y 5 de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República.

---Con lo anterior, y no habiendo más que agregar, se da por terminada la presente diligencia firmando para constancia los que en ella intervinieron, previa lectura que se



372

realiza y ratificación de su contenido.-----

DAMOS FE

----Siendo todas las preguntas que realiza esta Representación Social de la Federación, finalmente se le pregunta al COMPARECIENTE, si es su deseo realizar alguna manifestación, A lo que responde que No, que no hay nada que manifestar.-----

FE MINISTERIAL DE INTEGRIDAD FÍSICA

---En este acto el Agente del Ministerio Público de la Federación da fe de la integridad física del declarante y corrobora que no se le aprecia ninguna alteración a su salud y que no presenta ninguna huella de violencia física reciente que se pueda apreciar a la vista, el declarante señalo estar en buenas condiciones de salud. A pregunta expresa de la suscrita Agente del Ministerio Público de la Federación actuante, sobre si ha sufrido alguna coacción física o moral en esta comparecencia contesta que NO-----

----**VISTO.**- Lo manifestado por el declarante y no habiendo más que hacer constar se da por terminada la presente diligencia y previa lectura de la misma, el declarante expresa su acuerdo con todo lo aquí asentado y puntualiza que su declaración fue vertida de manera libre y espontánea, estampando su firma al margen y al calce, firmando los que en ella intervinieron, previa lectura y ratificación de su contenido.-----

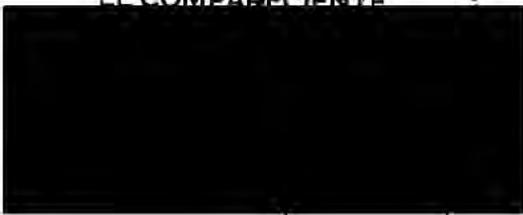
DAMOS FE

Con lo anterior, y no habiendo más que agregar, se da por terminada la presente diligencia, firmando para constancia los que en ella intervinieron, previa lectura que se realiza y ratificación de su contenido.-----

DAMOS FE



EL COMPARECIENTE

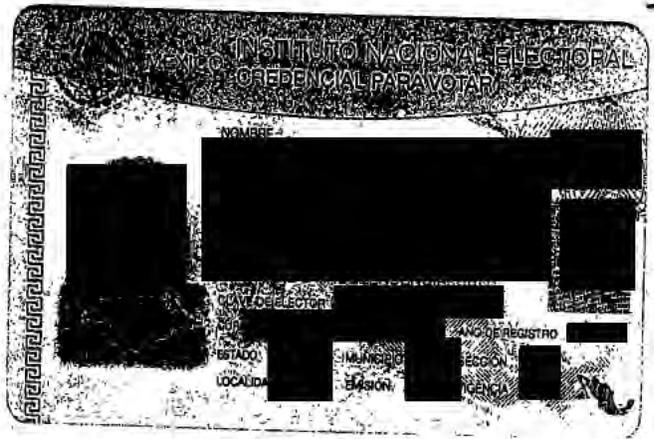
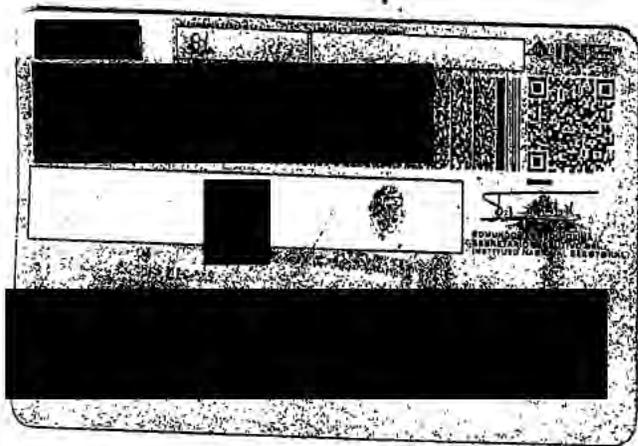


TESTIGOS DE ASISTENCIA



LIC.

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
Y LITIGACIÓN
PARA EL CASO
AYOTZINAPA



CERTIFICACIÓN

- - En la Ciudad de Iguala, Municipio de Iguala de la Independencia, Guerrero, a los dieciséis días del mes de agosto del año dos mil diecinueve
- - - La que suscribe licenciada [redacted] Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especial en Materia de Derechos Humanos de la Fiscalía General de la República, quien actúa en forma legal con testigos de asistencia que al final firman y dan fe, y con fundamento en el artículo 208, del Código Federal de Procedimientos Penales:

CERTIFICA

- - - Que la presente copia(s) fotostática(s) que consta de -1 (una)- foja(s) útil(es), es fiel y exacta reproducción de su original que se tuvo a la vista, de la cual se da fe en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales.

CONSTE

- - - Así, lo acordó y firma la licenciada [redacted] Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especial en Materia de Derechos Humanos, de la Fiscalía General de la República, quien actúa con testigos de asistencia que al final firman para debida constancia de lo actuado.

DAMOS FE



TESTIGOS DE ASISTENCIA





374

ACUERDO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.

--- En la Ciudad de México, siendo las quince horas con tres minutos del día dieciséis de agosto del año dos mil diecinueve, el suscrito licenciado [redacted] agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, quien actúa en forma legal con dos testigos de asistencia de conformidad con lo establecido por el artículo 16 párrafo primero del Código Federal de Procedimientos Penales, con quienes al final firman y dan fe: -----

HACE CONSTAR

--- Que en la fecha anteriormente señalada se tuvo por recibido la volante de correspondencia con número de ID 10420 de dieciséis de agosto del año en curso, dirigida al suscrito licenciado Carlos Alberto del Jesús López Flores, Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, mediante el cual remiten el oficio con número de folio 56854 de catorce de agosto de dos mil diecinueve, suscrito por el Maestro David Zepeda Jones, director general de ingenierías forenses, mediante el cual designan al biólogo [redacted], para que intervenga en una diligencia dentro de la presente indagatoria, por lo que con fundamento en los artículos 14, 16, 21 y 102 apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 fracción I, 2 fracciones I, II, 3 fracciones II y IV, 15, 16, 17, 18, 180, 181, 206 y demás aplicables del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 4, 14, 24 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; Acuerdos, por lo que desde luego es de acordarse y se acuerda: -----

ACUERDA

--- PRIMERO.- Se da fe de tener a la vista el oficio con número de folio 56880 de catorce de agosto de dos mil diecinueve, suscrito por el Maestro David Zepeda Jones, director general de ingenierías forenses, mediante el cual designan al biólogo [redacted] para que intervenga en una diligencia dentro de la presente indagatoria. -----

--- SEGUNDO.- Agréguese los documentos antes descritos a la indagatoria de mérito con la finalidad que surtan los efectos legales que correspondan -----

CÚMPLASE

--- ASÍ LO ACORDO Y FIRMA EL LICENCIADO CA [redacted] AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN ADSCRITO A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA, QUIEN ACTÚA EN FORMA LEGAL CON DOS TESTIGOS DE ASISTENCIA QUE AL FINAL FIRMAN Y DAN FE ->

[Large redacted signature area]

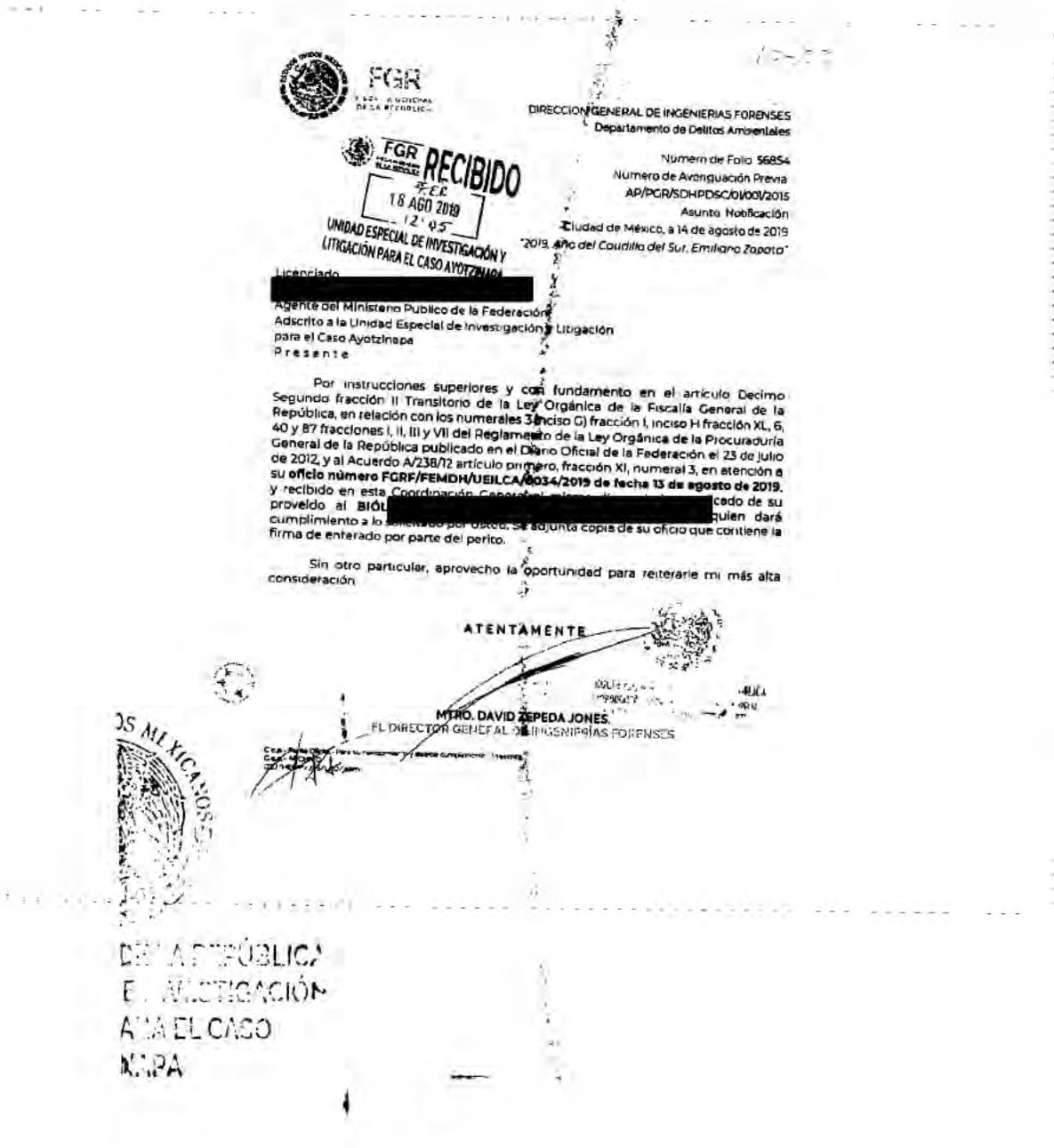
375

OFICIOS RECIBIDOS

Id: 10420
 Número: FOLIO 56854
 Fecha: 14/08/2019 Fecha del turno: 16/08/2019
 Fecha del término: Fecha de devolución:
 Turnado a: LIC. [REDACTED]
 Status: SEGUIMIENTO
 Quién remite: MTRO. DAVID ZEPEDA JONES, DIRECTOR GENERAL DE INGENIERÍAS FORENSES.

Asunto: PROCEDENCIA: FGR. COORD. GRAL. SERV. PERICIALES. DIR. GRAL. DE INGENIERIAS FORENSES. EN ATENCIÓN AL OFICIO FGR/FEMDH/UEILCA/0034/2019. SE INFORMA QUE SE NOTIFICÓ A EL BIOL. [REDACTED] QUIEN DARA CUMPLIMIENTO A SU SOLICITUD.

Observaciones:



FGR RECIBIDO
18 AGO 2019 12:45
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

DIRECCION GENERAL DE INGENIERIAS FORENSES
Departamento de Delitos Ambientales

Numero de Folio: 56854
Numero de Avangación Previa: AP/PCR/SDHPDSCD/003/2015
Asunto: Notificación
Ciudad de México, a 14 de agosto de 2019
Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata

Licenciado: [REDACTED]
 Agente del Ministerio Público de la Federación
 Adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa
 Presente

Por instrucciones superiores y con fundamento en el artículo Decimo Segunda fracción II Transitorio de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, en relación con los numerales 3 inciso G) fracción I, inciso H) fracción XL, 6, 40 y 87 fracciones I, II, III y VII del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de Julio de 2012, y al Acuerdo A/238/12 artículo primero, fracción XI, numeral 3, en atención a su oficio número FGR/FEMDH/UEILCA/0034/2019 de fecha 13 de agosto de 2019, y recibido en esta Coordinación General de Periciales, se adjunta copia de su oficio que contiene el cumplimiento a la solicitud por usted, se adjunta copia de su oficio que contiene la firma de enterado por parte del perito.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más alta consideración.

ATENTAMENTE

MTRO. DAVID ZEPEDA JONES
EL DIRECTOR GENERAL DE INGENIERIAS FORENSES

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE INGENIERÍAS FORENSES
Departamento de Delitos Ambientales

376



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

RECIBIDO

7. ER
16 AGO 2019
12:05

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Número de Folio: 56854

Número de Averiguación Previa:

AP/PGR/SDHPDSC/01/001/2015

Asunto: Notificación

Ciudad de México, a 14 de agosto de 2019

"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

Licenciado

[Redacted]
Agente del Ministerio Público de la Federación
Adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa
Presente.

Por instrucciones superiores y con fundamento en el artículo Décimo Segundo fracción II Transitorio de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, en relación con los numerales 3 inciso G) fracción I, inciso H fracción XL, 6, 40 y 87 fracciones I, II, III y VII del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 2012, y al Acuerdo A/238/12 artículo primero, fracción XI, numeral 3, en atención a su **oficio número FGRF/FEMDH/UEILCA/0034/2019 de fecha 13 de agosto de 2019**, y recibido en esta Coordinación General el mismo día se le ha notificado de su proveído al **BIÓL. [Redacted]** quien dará cumplimiento a lo solicitado por Usted. Se adjunta copia de su oficio que contiene la firma de enterado por parte del perito.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más alta consideración.

ATENTAMENTE



MTRO. DAVID ZEPEDA JONES.

EL DIRECTOR GENERAL DE INGENIERÍAS FORENSES

C.c.p. - Perito Oficial - Para su conocimiento y debido cumplimiento - Presente
C.c.p. - ARCHIVO
DZ/HECM/JIS/LAO/abm



LA REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
A EL CASO
FA



Ciudad de México, a 13 de Agosto del 2019
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"
Asunto: SOLICITUD DE PERITOS EXTRAURGENTE

AMB
S

DR. ANSELMO APODACA SÁNCHEZ
COORDINADOR GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES
PRESENTE.

En cumplimiento al acuerdo ministerial dictado dentro de la indagatoria al rubro citada; al respecto y toda vez que la presente oficina es la encargada de la investigación de los hechos acontecidos en el municipio de Iguala de la Independencia Guerrero los días veintiséis y veintisiete de septiembre de dos mil catorce, en agravio de 43 estudiantes de la escuela normal rural "Raúl Isidro Burgos" de Ayotzinapa, Guerrero, así como de otros casos de personas desaparecidas que tienen o pudieran tener relación con estos hechos, por medio del presente solicito para el desahogo de diversas diligencias, en la Ciudad de Iguala de la Independencia y sus alrededores a partir del día **lunes 19 de agosto hasta el viernes 23 de agosto** del año en curso y del **lunes 26 al viernes 30 de agosto** del año en curso, la presencia de peritos en las siguientes especialidades:

- *** Criminalística de Campo
- *** Fotografía Forense
- *** Audio y vídeo

Así como en específico de los peritos siguientes:

- Perito en materia de Ingeniería [REDACTED]
- Perito en materia de Arqueología Forense [REDACTED]
- Perito en Materia de Biología delitos ambientales [REDACTED]

Solicito que el perito en materia de criminalística de campo designado concorra para el desahogo de la diligencia con detector de metales y por lo que respecta los peritos en Ingeniería, Arqueología y Biología deberán tener para el desarrollo de la diligencia laboratorio móvil.

Finalmente solicito que al personal comisionado, se le otorguen viáticos anticipados por el concepto de gastos exentos de comprobación por seguridad, integridad y secrecía de las actividades y del personal ministerial, con vehículo y equipo para labores nocturnas.

Lo anterior, con fundamento en los artículos 1, 16, 21 y 102 apartados "A" y "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; de conformidad con el artículo 7 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos; 1 fracción I, 2 fracción II, 113, 132, 168, 180, 206, 208, 220, 223, 224, 225, 226 y demás relativos y aplicables del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 2, 7 fracción II y VII, 10, 11, 12, 18, 19 y 20 de la Ley General de Víctimas; así como 1, 4, fracción I, apartado A) incisos b) y c), 22 fracción I inciso d), y 1, 3, apartado A) inciso V de su Reglamento; en relación con los artículos transitorios Tercero y Sexto, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA.
AVENIDA INSURGENTES NÚMERO 20, PISO 12, COLONIA ROMA NORTE CÓDIGO POSTAL 06700 CIUDAD DE MEXICO

RECEBIDO
13/08/2019

REPUBLICA
INVESTIGACIÓN
EL CASO



Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018 y 50, fracción I de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

Es importante destacar y, como es de su conocimiento, existe por el Estado Mexicano el deber de atender a la mayor brevedad posible los requerimientos, diligencias y todas aquellas labores que permitan el debido desarrollo de la presente investigación, para el cumplimiento y desarrollo de las diligencias que son observadas incluso, en cumplimiento a las Medidas Cautelares MC-409-2014 dictadas con motivo de los lamentables hechos acontecidos en Iguala de la Independencia los días 26 veintiséis y 27 veintisiete de septiembre de 2014 dos mil catorce, en agravio de 43 cuarenta y tres estudiantes de la Escuela Normal Rural "Raúl Isidro Burgos" de Ayotzinapa Guerrero; así como en la búsqueda de dichos estudiantes víctimas y, demás víctimas de dichos sucesos.

Esperando contar con su pronto y valioso apoyo, agradezco su atención.



AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
ADSCRITO A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN
PARA EL CASO AYOTZINAPA.

PÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
Y LITIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA
AVENIDA INSURGENTES NÚMERO 20, PISO 12, COLONIA ROMA NORTE, CODIGO POSTAL 06700 CIUDAD DE MEXICO



FISCALÍA GENERAL DE
UNIDAD ESPECIAL DE
Y LITIGACIÓN PAR.
AYOTZINAPA



ACUERDO DE RECEPCIÓN

OFICIO FGR/UEITMPO/06338/2019, SIGNADO POR EL LICENCIADO ANTONIO GASTÓN RAMÍREZ RODRÍGUEZ, TITULAR DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN DE TRÁFICO DE MENORES, PERSONAS Y ÓRGANOS.

-- -En la ciudad de México, siendo las quince horas con diez minutos del día 16 dieciséis de agosto de 2019 dos mil diecinueve, la suscrita [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación comisionada a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, de la Fiscalía General de la República, quien actúa en términos del artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, en forma legal con dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legal: -----

HACE CONSTAR -----

--- **TENGASE** por recibido el turno **Id 10422** de dieciséis de agosto de dos mil diecinueve, por el que se remite el oficio FGR/UEITMPO/06338/2019, de seis de agosto del mismo año, signado por el Licenciado [REDACTED] Titular de la Unidad Especializada en Investigación de Tráfico de Menores, Personas y Órganos de la SEIDO, mediante el cual informa lo siguiente: -----

*"..en atención a su oficio FGR/UEILCA/0411/2019 de 01 de agosto del 2019, mediante el cual solicitó información de antecedentes o registros respecto a sucesos del 26 y 27 de septiembre de 2014 del caso Ayotzinapa. Al respecto, me permito comunicarle que después de realizar una búsqueda en la base de datos con que cuenta esta Unidad Especializada, **NO se localizaron antecedentes de lo solicitado.**" (Sic).*

--- Por lo anterior, se procede a dar fe de tenerse a la vista el oficio FGR/UEITMPO/06338/2019 antes descrito, documento constante de una foja útil escrita por uno solo de sus lados, mismo que se ordena agregar a la presente indagatoria para que surta los efectos legales. -----

FUNDAMENTO LEGAL -----

--- Lo anterior con fundamento en los artículos en los artículos 16, 21, 102 apartado "A", de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1 fracción I, 2 fracción II, 15, 16, 168, 180, 206 y 208 del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 3, del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; en sincronía con lo dispuesto en los transitorios Tercero, Sexto y Décimo Segundo del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018, así como los Acuerdos A/010/19 y A/013/19, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de junio y 15 de julio ambos de 2019; por lo que es de acordarse y se: -----

ACUERDA -----

--- **ÚNICO.** Agreguense los documentos descritos, al expediente en que se actúa para que surtan los efectos legales a que haya lugar. -----

CÚMPLASE -----

--- **ASÍ LO ACORDÓ Y FIRMA** [REDACTED] **AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN COMISIONADA A LA UNIDAD ESPECIAL DE**



FGR

FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA

AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA, DE LA FISCALIA ESPECIALIZADA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS, DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPUBLICA, QUIEN ACTUA CON TESTIGOS DE ASISTENCIA QUE AL FINAL ACTUADO.

--- DAMOS FE ---

TESTIGOS DE ASISTENCIA



LA REPUBLICA
N. INVESTIGACIÓN
A- 450-
Pa.

OFICIOS RECIBIDOS



FGR UEILCA
Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa

380

Id: 10422
 Número: FGR/UEITMPO/06338/2019
 Fecha: 06/08/2019 Fecha del turno: 16/08/2019
 Fecha del término: Fecha de devolución:
 Turnado a: [Redacted]
 Status: SEGUIMIENTO
 Quién remite: [Redacted]

Recibido
16/08/2019
15:10 hrs.

Asunto: PROCEDENCIA: SEIDO. UEITMPO. EN ATENCIÓN AL OFICIO FGR/UEILCA/0411/2019. SE INFORMA QUE NO SE LOCALIZARON ANTECEDENTES DE LO SOLICITADO.

Observaciones:

FGR SURPROCURADURÍA ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN DE DELINCUENCIA ORGANIZADA.
 FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
 UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN DE TRÁFICO DE MENORES, PERSONAS Y ÓRGANOS.
 Oficio No. FGR/UEITMPO/06338/2019
 ASUNTO: CONTESTACION DE ANTECEDENTES.
 Ciudad de México, a 06 de Agosto del 2019
 "2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

TITULAR DE LA UEILCA.
PRESENTE.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 20 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 127, 131 y 212 del Código Nacional de Procedimientos Penales; 1, 3, 4, 10, 14 y 31 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, 1, 3 inciso F), fracción V, 12 y 33 del Reglamento de la Ley antes citada, en concordancia con lo dispuesto en los artículos Tercero, Sexto y Décimo Segundo Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018; y en atención a su oficio FGR/UEILCA/0411/2019 de 01 de Agosto del 2019, mediante el cual solicitó información de antecedentes o registro respecto a sucesos del 26 y 27 de septiembre de 2014 del caso Ayotzinapa.

Al respecto, me permito comunicarle que después de realizar una búsqueda en la base de datos con que cuenta esta Unidad Especializada, NO se localizaron antecedentes de lo solicitado.

ATENTAMENTE
 SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
 TITULAR DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN DE TRÁFICO DE MENORES, PERSONAS Y ÓRGANOS.
 En términos de lo dispuesto en el artículo de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018 y 33 del Reglamento de la Ley antes citada, en concordancia con lo dispuesto en los artículos Tercero, Sexto y Décimo Segundo Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018; y en atención a su oficio FGR/UEILCA/0411/2019 de 01 de Agosto del 2019, mediante el cual solicitó información de antecedentes o registro respecto a sucesos del 26 y 27 de septiembre de 2014 del caso Ayotzinapa.

[Redacted Signature]

VO BE	LIC. RAFAEL PÉREZ QUINTERO
REVISÓ	LIC. FRANCISCO MARTÍNEZ SANTOS
ELABORÓ	ROSA MENDOZA

Paseo de la Reforma No. 122 Cuarta Piso Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06300, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México
 Tel: (55) 53 46 29 12 Ext. 506208

REPUBLICA ESTADOUNIDENSE
 CASO



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

SUBPROCURADURÍA ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN DE
DELINCUENCIA ORGANIZADA.
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN DE
TRÁFICO DE MENORES, PERSONAS Y ÓRGANOS.

381

FGR DECIDIDO

782
16 AGO 2019
12:32

Oficio No. FGR/UEITMPO/06338/2019
ASUNTO: CONTESTACION DE
ANTECEDENTES.

UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN DE
LITIGACIÓN PARA EL PAÍS

Ciudad de México, a 06 de Agosto del 2019
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata".

[REDACTED]
TITULAR DE LA UEILCA.
PRESENTE.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 20 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 127, 131 y 212 del Código Nacional de Procedimientos Penales; 1, 3, 4, 10, 14 y 31 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; 1, 3 inciso F), fracción V, 12 y 33 del Reglamento de la Ley antes citada; en concordancia con lo dispuesto en los artículos Tercero, Sexto y Décimo Segundo Transitorios del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018; y en atención a su oficio **FGR/UEILCA/0411/2019** de 01 de Agosto del 2019, mediante el cual solicitó información de antecedentes o registro respecto a sucesos del 26 y 27 de septiembre de 2014 del caso Ayotzinapa.

Al respecto, me permito comunicarle que después de realizar una búsqueda en la base de datos con que cuenta esta Unidad Especializada, **NO se localizaron antecedentes de lo solicitado.**

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
TITULAR DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN
DE TRÁFICO DE MENORES, PERSONAS Y ÓRGANOS.

En términos de lo dispuesto en el artículo décimo segundo transitorio, fracción II del Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018 y 33 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República

[REDACTED]

VO. BO.	[REDACTED]	[REDACTED]
REVISO	[REDACTED]	[REDACTED]
ELABORO	[REDACTED]	[REDACTED]

Paseo de la Reforma No. 72, Cuarto Piso, Colonia Guerrero, C.P. 06300, Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México.
Tel. (55) 53 46 39 12 Ext. 508208

382



CONSTANCIA MINISTERIAL

--- En La Ciudad de México, siendo las **17:30** diecisiete horas con treinta minutos del **16** dieciséis de **agosto** de **2019** dos mil diecinueve el suscrito Licenciado [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, dependiente de la Fiscalía General de la República, quien con fundamento en el artículo 16 del Código Federal de Procedimientos Penales, quien actúa legalmente ante dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe. -----

HACE CONSTAR -----

--- Que con lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado A, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2, fracciones II, 17, 168, 180, 206 y 208 del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 3, 4, Tercero y Sexto transitorios de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República; -----

--- Que siendo día y año señalado se procede a hacer constar: Constituidos en Avenida Insurgentes número 20, Colonia Roma Norte, piso 12, Alcaldía de Cuauhtémoc, en la Ciudad de México, código postal 06700, por lo que en relación a la averiguación previa **AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015**, se procede a hacer constar que comparecen [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] quienes se identifican con credenciales [REDACTED] 1 y [REDACTED] expedida en su favor por la Procuraduría General de la República hoy Fiscalía General de la República, que los acredita como Policías Federales Ministeriales, mismas identificaciones que cuenta en el ángulo inferior izquierdo con una fotografía en blanco y negro que concuerda con los rasgos físicos de los comparecientes, de las cuales se agregan en copia certificada en actuaciones para debida constancia legal; quienes manifestaron que en relación al oficio de investigación número **FGR/UEILCA/0451/2019** de fecha seis de agosto del año en curso, solicita acceso a la indagatoria en que se actúa concretamente en las diligencias relacionadas con la petición, por lo anterior y derivado de su oficio de investigación se les permiten las siguientes diligencias:

1.- Acuerdo de Recepción de Nota Periodística del treinta de diciembre del año dos mil quince, mediante el cual se recibe la impresión titulada [REDACTED] [REDACTED]

2.- Comparecencia y declaración ministerial de la denunciante [REDACTED] [REDACTED] de fecha veintiséis de agosto del año dos mil quince, recabada en la Unidad Especializada en Investigación de Delitos en Materia de Secuestro de la Subprocuraduría Especializada en la investigación de Delincuencia Organizada.

3.- Acuerdo Recepción del oficio PGR/SEIDO/DGCTC/DCGOJSM/4336/2015, suscrito por la Licenciada [REDACTED] [REDACTED] Agente del Ministerio Público Federal, mediante el cual agrega oficio respuesta número **OF-SEIDO-UEIDMS-FE-D-1217-2015** de fecha diecinueve de febrero del año dos mil quince, signado por el Apoderado Legal de **RADIOMÓVIL DIPSA S.A DE C.V.** mediante cual informa detalle de llamadas del número [REDACTED] con periodo de uno de agosto del año dos mil catorce al diecinueve de febrero del año dos mil quince.

4.- Declaración Ministerial del indiciado [REDACTED] alias [REDACTED] [REDACTED] de fecha catorce de enero del año dos mil dieciséis.



AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

5.-Acuerdo Recepción del oficio CSCR/7639/2016, suscrito por el agente del Ministerio Público Federal, mediante el cual adjuntan el oficio respuesta número CSCR/06761/2016 de fecha veintiocho de septiembre del año dos mil dieciséis, signado por el Apoderado Legal de RADIOMÓVIL DIPSA S.A DE C.V. mediante cual informa detalle de llamadas del número [redacted] con periodo del veintiocho de septiembre del año dos mil catorce al veintiocho de septiembre del año dos mil dieciséis.

6.-Acuerdo de Recepción del oficio número PGR/AIC/CENAPI/DGIAD/DAT/2678/2017, de fecha veintiocho de febrero del año dos mil diecisiete, signado por el Ingeniero [redacted], Director de Área de la Dirección de Análisis Táctico de la Dirección General de Información sobre actividades Delictivas, mediante el cual informan el análisis realizado a 32 números objetivos que registraron comunicación siendo de nuestro interés la actividad que tuvo el número [redacted] y la línea telefónica [redacted] con IMEI [redacted]

7.- Oficio número SDHPDSC/OI/00944/2017 de fecha veintitrés de mayo del dos mil diecisiete, signado por el Agente del Ministerio Público de la Federación, mediante el cual solicita investigación de Información telefónica que obra en actuaciones respecto al uso posterior que se dio al IMEI del estudiante privado de la vida [redacted] con línea [redacted]

8.- Informe policial número [redacted] de fecha quince de marzo de dos mil dieciocho, signado por [redacted], Policía Tercero adscrito a la División de Investigación de la Policía Federal, mediante el cual rinde investigación de la persona [redacted] para identificar el momento de inserción del Chip asociado con el número de IMEI [redacted], toda vez que se trata del equipo que le introdujeron el chip del estudiante que fue privado de la vida de nombre [redacted]

9.- Comparecencia del testigo [redacted] de fecha seis de junio del año dos mil dieciocho, recabada en la Oficina de Investigación de la Subprocuraduría de Derechos humanos Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad.

10.- El informe policial número [redacted], de fecha veinticinco de julio de dos mil dieciocho, signado por [redacted] Suboficial adscritos a la División de Seguridad Regional de la Policía Federal, mediante el cual rinde investigación de las personas [redacted]

11.- Acuerdo de Diligencias y oficio número SDHPDSC/OI/1077/2019, de fecha diecisiete de mayo del dos mil diecinueve, mediante el cual se solicita al Subprocurador de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo, información de los números telefónicos [redacted]

12.- Dictamen en Especialidad de Telecomunicaciones número de folio [redacted] de fecha cuatro de julio de dos mil diecinueve, signado por [redacted] adscrito a la Coordinación General de Servicios Periciales, mediante el cual rinde conclusiones del momento de la inserción del Chip del número telefónico [redacted] (estudiante que fue privado de la vida de nombre Julio Cesar Mondragón Fontes) al número de IMEI utilizado por la línea [redacted]

Diligencias que revisaron en el interior de esta oficina y se le hace del conocimiento que las actuaciones que integran la indagatoria son de carácter reservado, que se debe guardar sigilo de las investigaciones las cuales contiene información confidencial, por tanto su divulgación constituye un ilícito penal, y deberá guardarse

Art. 110 Fracc. V, VII, LFTAP

Art. 113 Fracc. I



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

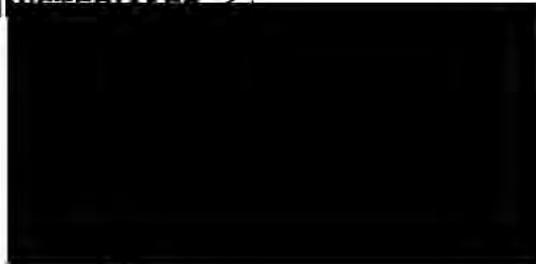
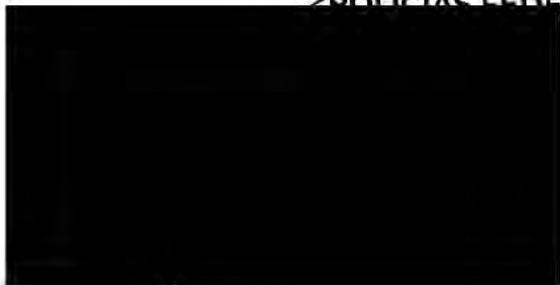
secrecía de conformidad con lo dispuesto por el artículo 16 del Código Federal de Procedimientos Penales. Una vez consultadas las diligencias citadas los devuelve, y no habiendo nada más que hacer constar, se firma la misma para los efectos a que haya lugar.

CONSTE

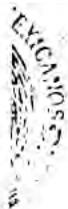
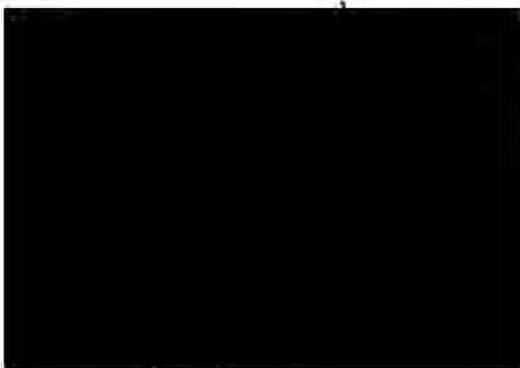
--- Así lo acordó y firma el Licenciado [redacted] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el caso Ayotzinapa, dependiente de la Fiscalía General de la República, quien actúa con testigos de asistencia que al final firman y dan

DAMOS FE.

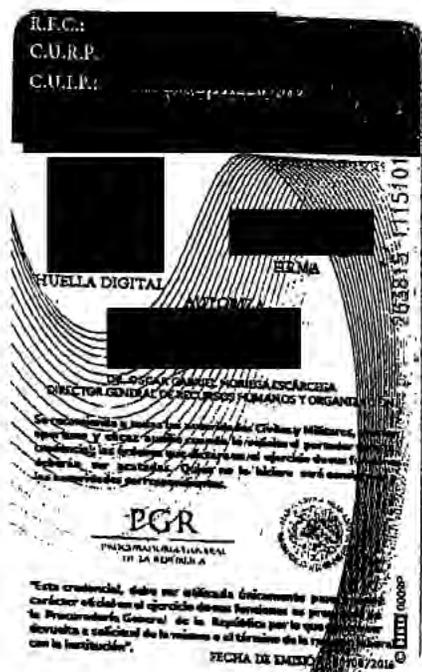
POLICIAS FEDERALES MINISTERIO DE JUSTICIA



TESTIGOS DE ASISTENCIA



REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
CASO



CERTIFICACION

En la ciudad de México, a los **16** dieciséis días de **agosto** del **2019** dos mil diecinueve, el suscrito licenciado [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa en forma legal con dos testigos de asistencia que la final firman y dan fe, y con fundamento en el artículo 16 y 208, del Código Federal de Procedimientos Penales: -

CERTIFICA

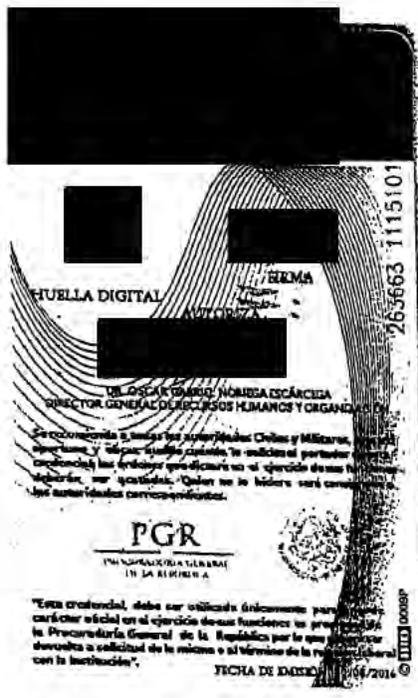
--- Que la presente copia fotostática que consta de **01** (una) foja útil, son fiel y exacta reproducción de su original, que se tuvo a la vista de la cual se da fe en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales.

--- Así lo acordó y firma el [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa con testigos de asistencia que al fin constancia de lo actuado.

DAMOS FE

TESTIGOS DE ASISTENCIA





CERTIFICACION

En la ciudad de México, a los **16** dieciséis días de **agosto** del **2019** dos mil diecinueve, el suscrito licenciado [redacted] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa en forma legal con dos testigos de asistencia que la final firman y dan fe, y con fundamento en el artículo 16 y 208, del Código Federal de Procedimientos Penales: -

CERTIFICA.

--- Que la presente copia fotostática que consta de **01** (una) foja útil, son fiel y exacta reproducción de su original, que se tuvo a la vista de la cual se da fe en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales. ---

CONSTE.

--- Así lo acordó y firma el [redacted] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa con testigos de asistencia que al final dan constancia de lo actuado. ---

DAMOS FE.

TESTIGOS DE ASISTENCIA





FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPUBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

CONSTANCIA MINISTERIAL

-- -En la ciudad de México, siendo las dieciocho horas del día 16 dieciséis de agosto de 2019 dos mil diecinueve, el suscrito Lic. [REDACTED], agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía General de la República, actuando en mi calidad de agente del Ministerio Público Federal, quien actúa con dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legal. -----

HACE CONSTAR

-- Que en la fecha y hora arriba señaladas, estando constituido en el piso 12, de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, entró una llamada telefónica al número [REDACTED] con extensión [REDACTED], quien dijo llamarse [REDACTED] Directora de Asuntos Internacionales y Derechos Humanos, de la Fiscalía General de la República, llamada telefónica mediante la cual me informó que había una persona de nacionalidad [REDACTED] que tenía datos respecto a la desaparición de los 43 estudiantes de la Escuela Normal Rural "Raúl Isidro Burgos", de Ayotzinapa, en el Estado de Guerrero, de quien no me podía proporcionar el nombre, toda vez que necesitaba una entrevista directa con el suscrito para saber si la información, podría ser de utilidad para la investigación que se lleva en esta oficina, que me podría ver en la ciudad de [REDACTED] por lo que acordamos la entrevista, el veintitrés de agosto de 2019 dos mil diecinueve. Haciéndose constar lo acontecido para todos los efectos legales a que haya lugar, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 21 y 102 Apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, fracción I, 2, fracción II, 16, 17, 18, 22, 127 Bis, 243, 168, 180, 206 y 208 del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 3, 4, Tercero y Sexto transitorios de la de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República; siendo todo lo que se tiene que hacer constar en la presente, firmando los que en ella intervinieron y dan fe.

CONSTE
DAMOS FE

S DE ASISTENCIA



388

ACUERDO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.

--- En la Ciudad de México, siendo las ocho horas con veinte minutos del día diecinueve de agosto de dos mil diecinueve, el suscrito licenciado [redacted] Agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, quien actúa en forma legal con dos testigos de asistencia de conformidad con lo establecido por el artículo 16 párrafo primero del Código Federal de Procedimientos Penales, con quienes al final firman y dan fe: -----

HACE CONSTAR

--- Que en la fecha anteriormente señalada se tuvo por recibido la volanta de correspondencia con número de ID 10435 de veintisiete de agosto del año en curso, dirigida a la licenciada [redacted] Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, mediante el cual remiten el oficio con número de folio FGR/AIC/PFM/DGIPAM/DIEDO/IT/13369/2019 de catorce de agosto de dos mil diecinueve, suscrito por los [redacted], todos ellos elementos de la Policía Federal Ministerial, mediante el cual rinden un parte informativo, respecto de la investigación realizada en el Panteón Fermín Rabadán, del que se desprende que hubo una exhumación de cadáveres entre los meses de octubre y noviembre de 2014 por personal federal y militar, según refirió el [redacted] Delegado de esa colonia y quien fue el Encargado del panteón de 2012 a 2015, por lo que con fundamento en los artículos 14, 16, 21 y 102 apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 fracción I, 2 fracciones I, II, 3 fracciones II y IV, 15, 16, 17, 18, 180, 181, 206 y demás aplicables del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 4, 14, 24 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; Acuerdos, por lo que desde luego es de acordarse y se acuerda: -----

ACUERDA

--- PRIMERO.- Se da fe de tener a la vista el oficio con número de folio [redacted] de catorce de agosto de dos mil diecinueve, suscrito por los suboficiales [redacted], todos ellos elementos de la Policía Federal Ministerial, mediante el cual rinden un parte informativo, respecto de la investigación realizada en el Panteón [redacted] del que se desprende que hubo una exhumación de cadáveres entre los meses de octubre y noviembre de 2014 por personal federal y militar. -----

--- SEGUNDO.- Agréguese los documentos antes descritos a la indagatoria de mérito con la finalidad que surtan los efectos legales que correspondan -----

CÚMPLASE

ASÍ LO ACORDÓ Y FIRMA EL LICENCIADO [redacted] AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN ADSCRITO A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA, QUIEN ACTÚA EN FORMA LEGAL CON DOS TESTIGOS DE ASISTENCIA QUE AL FINAL FIRMAN Y DAN FE -----

DAMOS FE

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[Redacted signature area]

OFICIOS RECIBIDOS



FGR

UEILCA

Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa

389

Id: 10435
Número: FGR/AIC/PPM/DGIPAM/DIEDO/IT/13369/201
Fecha: 14/08/2019 Fecha del turno: 19/08/2019

Fecha del término: Fecha de devolución:

Turnado a: [REDACTED]

Status: SEGUIMIENTO

Quién remite: [REDACTED]

Asunto: PROCEDENCIA: AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL, POLICIA FEDERAL MINISTERIAL, EN ATENCIÓN AL OFICIO FGR/UEILCA/0439/2019. MEDIANTE EL CUAL SOLICITO SE REALICE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN EN EL MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, EN TODOS Y CADA UNO DE LOS PANTEONES. AL RESPECTO REMITEN ALCANCE AL INFORME.

Observaciones:

RECIBIDO
16 ABO 2019
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
POLICIA FEDERAL MINISTERIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
POLICIA EN APOYO A FIANZAMIENTOS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN ESPECIALIZADA EN DELINCUENCIA ORGANIZADA

Oficio Número: FGR/AIC/PPM/DGIPAM/DIEDO/IT/13369/2019
Ciudad de México, a 14 de agosto de 2019
"2019. Año del Cuervo del Sur, Emiliano Zapata"

ASUNTO: ALCANCE.

AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN ADSCRITO A LA OFICINA DE INVESTIGACIÓN PRESENTE.

En atención a su oficio número: FGR/UEILCA/0439/2019, de fecha 05 de agosto del 2019, relacionado con la A.P. FGR/SOHPDSC/O/001/2019, mediante el cual solicita "realizar actividades de investigación en el Municipio de Iguala de la Independencia, Guerrero, consistente en indagar todos y cada uno de los panteones que se ubican en la Ciudad de Iguala y en cada uno de los poblados, ejidos, comunidades o rancharíos que conforman el mismo Municipio, indagar donde se ubican los registros y las fosas comunes de esa misma ciudad." por lo cual se informa lo siguiente:

Por lo que se rinde el presente parte informativo, haciéndole de su superior conocimiento para lo fines legales que haya a lugar. Se anexa el presente informe, la identificación oficial (IFE) de la persona entrevistada, de nombre Pedro Aguilar Rabadán.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto por el artículo 15 párrafo primero, 21 párrafo primero, y noveno de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, 3 y 4 artículo segundo, 113 primero y

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
POLICIA FEDERAL MINISTERIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
POLICIA EN APOYO A FIANZAMIENTOS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN ESPECIALIZADA EN DELINCUENCIA ORGANIZADA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA



FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
 AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
 POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
 DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
 POLICIAL EN APOYO A MANDAMIENTOS
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN ESPECIALIZADA
 EN DELINCUENCIA ORGANIZADA.

391

último párrafo del Código Federal de Procedimientos Penales; 1,4 fracción I apartado A) inciso a), b) y c), 10 fracción X, 22 fracción I inciso b), 24, 29 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; 22 y 62 del reglamento.

ATENTAMENTE
 LOS COORDINADORES FEDERALES MINISTERIALES.



SUBOFICIAL



SUBOFICIAL



SUBOFICIAL

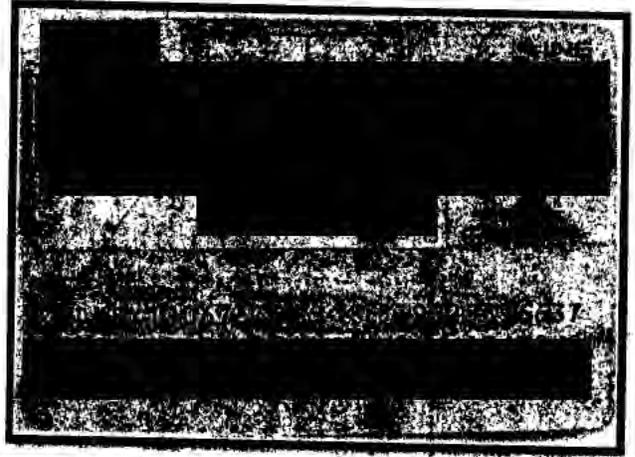
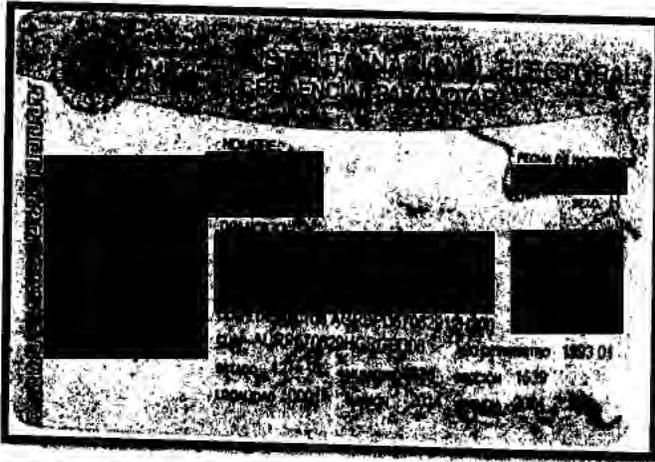
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 REPÚBLICA
 DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 ORGANIZADA

Av. Casa de la Moneda No. 333, Colonia Lomas de Sotelo, Delegación Miguel Hidalgo C. P. 11200.
 (01) (55) 21 22 69 00 www.gob.mx/pep



FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
POLICÍA FEDERAL MINISTERIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
POLICIAL EN APOYO A MANDAMIENTOS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN ESPECIALIZADA
EN DELINCUENCIA ORGANIZADA.

392



Impresión fotográfica de la identificación de la persona de nombre [REDACTED]

Av. Casa de la Moneda No. 333, Colonia Lomas de Sotelo, Delegación Miguel Hidalgo C. P. 11200
(01) (55) 21 22 69 00 www.gob.mx/pef



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIALIZADA EN MATERIA
DE DERECHOS HUMANOS
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

AVERIGUACIÓN PREVIA: AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

ACUERDO DE RECEPCIÓN

- - - En la Ciudad de México, siendo las diez horas del día diecinueve de agosto dos mil diecinueve, la licenciada [REDACTED], agente del Ministerio Público de la Federación, quien actúa en términos del artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, con testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legal; hace constar que se: - - -

- - - **TIENE** por recibido la siguiente documentación: - - -

[REDACTED] por medio del cual remite copia del oficio 400L10010/584/2019, de fecha quince de agosto de dos mil diecinueve, recibido mediante correo institucional oficio emitido por el [REDACTED], Secretario Particular del Coordinador General del Combate al Secuestro de la Fiscalía General de Justicia del Estado de México, mediante el cual comunicó que no se encontró registro relacionados con las personas de nombre [REDACTED] "N".

[REDACTED] constante de una foja. - - -

- - - Documentos de los cuales se da fe de tener a la vista en el interior de estas oficinas en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales, por lo que con fundamento en lo señalado por los artículos 1, 14, 16, 20 apartado "A" fracción V, 21, y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1 fracción I, 2 fracción II, 15, 16, 19, 26, 206, 208 y 269 del Código Federal de Procedimientos Penales; artículo Décimo Segundo Transitorio, fracción II, Decreto por el que se expide la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, es de acordarse y se: - - -

- - - **ACUERDA** - - -

- - - **ÚNICO.** Agréguese a las presentes actuaciones el documento de cuenta para que surtan los efectos legales a que haya lugar. - - -

- - - **CUMPLASE** - - -

- - - Así lo acordó y firma, la suscrita licenciada [REDACTED] Ministerio Público de la Federación, de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el caso Ayotzinapa, de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa en términos del artículo 16 del Código Federal de Procedimientos Penales, con dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legal de lo actuado. - - -

- - - **DAMOS FE** - - -

EL ABOGADO
DE DEFENSA
PÚBLICA
AL CASO

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[REDACTED]

OFICIOS RECIBIDOS



FGR UEILCA

Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa

394

Id: 10418
Número: 400LI0010/584/2019
Fecha: 15/08/2019 Fecha del turno: 16/08/2019
Fecha del término: Fecha de devolución:
Turnado a: [REDACTED]
Status: SEGUIMIENTO
Quién remite: [REDACTED]

Asunto: PROCEDENCIA: FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO. COORD. GRAL. DE COMBATE AL SECUESTRO. EN ATENCIÓN AL OFICIO SDHPDSC/OI/0948/2019. SE INFORMA QUE NO SE CUENTA CON NINGUN REGISTRO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA.

Observaciones: SE RECIBIO VIA CORREO ELECTRONICO

ESTADO DE MÉXICO

SEAN DOCTORES DE EMILIANO ZAPATA SALAZAR, EL CAMBILLO DEL SUR
FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO.
COORDINACIÓN GENERAL DE COMBATE AL SECUESTRO.
Motepac, Estado de México, a 16 de agosto de 2019
OFICIO: 400LI0010/584/2019

*Por la vía electrónica
16-08-19*

AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
PRESENTE

Por instrucciones del DR. H. C. Rodrigo Aichundá Espinosa, Coordinador General de Combate al Secuestro, en atención a su oficio SDHPDSC/OI/0948/2019, mediante el cual solicita informar si se cuenta con antecedentes penales, actas circunstanciadas, averiguaciones previas y carpetas de investigación respecto de las siguientes personas:

NOMBRE	CURP	PERIODO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

MEXICANOS

REPUBLICA MEXICANA

REPUBLICA MEXICANA
INVESTIGACIÓN
AL CASO
PA

10418

395



ESTADO DE MÉXICO



COMMEMORATIVO DEL CENTENARIO ANIVERSARIO LUCTUOSO DE EMILIANO ZAPATA SALAZAR, EL CAUDILLO DEL SUR

ACUSE

FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO.

COORDINACIÓN GENERAL DE COMBATE AL SECUESTRO.

Métepec, Estado de México, a 15 de agosto de 2019

OFICIO: 400LI0010/584/2019

[Redacted]

LIC. [Redacted]
AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
PRESENTE

Por instrucciones del DR. H. C. [Redacted] Coordinador General de Combate al Secuestro, en atención a su oficio SDHPDSC/OI/0948/2019, mediante el cual solicita informar si se cuenta con antecedentes penales, actas circunstanciadas, averiguaciones previas y/o carpetas de investigación respecto de las siguientes personas:

NOMBRE	CURP	PERIODO
[Redacted]	[Redacted]	2012-2015



FISCALÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO
COORDINACIÓN GENERAL DE COMBATE AL SECUESTRO

FGJ

SEDE: AV. SAN SALVADOR TIZATLALLI, MÉTEPEC, ESTADO DE MÉXICO, C.P. 52172
TEL. 01 52 221 212 96 87, 212 34 81 Y 212 96 51 EXT. 53008 Y 53017
www.edomexico.gob.mx | correo electrónico: atc@mun2014@gmail.com, rodrigo.archundia@edomex.gob.mx, cqor.comb.sec@hotmail.com

LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
DEL CASO
AAA



ESTADO DE MÉXICO



396

200 años del CENTÉSIMO ANIVERSARIO LUCTUOSO DE EMILIANO ZAPATA SALAZAR, EL CAUDILLO DEL SUR

Metepéc, Estado de México, a 15 de agosto de 2019.

OFICIO: 400LI0010/584/2019.

HOJA 2 DE 2

Hago de su conocimiento, que se giraron instrucciones a las tres Fiscalías Especializadas de Secuestro (Valle de Toluca, Valle de México y Zona Oriente) que integran a esta Coordinación General, para que se llevara a cabo una búsqueda minuciosa en sus archivos, **NO** encontrando registro alguno de lo antes descrito.

Aprovecho el medio para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

SECRETARIO PARTICULAR DEL COORDINADOR GENERAL DE COMBATE AL SECUESTRO

C.c.p. Mtro. RAFAEL ESQUIVEL BARRIO, DIRECTOR GENERAL DE ENLACE INTERINSTITUCIONAL. Para su conocimiento.
C.c.p. Archivo
V.J.E.C.

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE MÉXICO
COORDINACIÓN GENERAL DE COMBATE AL SECUESTRO



FGJ

REPOSICIÓN DE LA TORRELES N. 249 SAN SALVADOR TIZATLALLI, METEPEC, ESTADO DE MÉXICO C.P. 62172
TEL. (01) 212 96 87, 212 34 81 Y 212 96 51 EXT. 53009 Y 53017
www.edomex.gob.mx archi.mun2014@gmail.com, rodrigo.archundia@edomex.gob.mx coor.comb.sec@hotmail.com

DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
DEL CASO
E.T.A.

397

[REDACTED]

De: [REDACTED]
Enviado el: jueves, 15 de agosto de 2019 12:34 p.m.
Para: [REDACTED]
Asunto: SE REMITE OFICIO [REDACTED]
Datos adjuntos: OFC 584.pdf

[REDACTED]
**AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN
PRESENTE**

Remito oficio 400LI0010/584/2019, en respuesta a su similar SDHPDSC/OI/0948/2019, le solicito sea tan a

Saludos

DR. H. C. [REDACTED]
COORDINADOR GENERAL DE COMBATE AL SECUESTRO
DE LA FISCALIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO.
TELÉFONO DIRECTO: 722-212-95-87 Y/O 722-212-3481 EXT. 53001





398

ACUERDO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.

--- En la Ciudad de México, siendo las doce horas con siete minutos del día diecinueve de agosto del año dos mil diecinueve, el suscrito licenciado [REDACTED], Agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, quien actúa en forma legal con dos testigos de asistencia de conformidad con lo establecido por el artículo 16 párrafo primero del Código Federal de Procedimientos Penales, con quienes al final firman y dan fe: -----

HACE CONSTAR

--- Que en la fecha anteriormente señalada se tuvo por recibido la volante de correspondencia con número de ID [REDACTED] dirigida al suscrito licenciado [REDACTED], Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, mediante el cual remiten el oficio con número de folio [REDACTED] de quince de agosto del año dos mil diecinueve, suscrito por la doctora Margarita Montañó Soriano, en su carácter de Directora General de Especialidades Médico Forenses, mediante el cual propone como perito al doctor [REDACTED] perito en la especialidad de medicina forense con la finalidad de que intervenga en una diligencia a realizarse el día lunes diecinueve de agosto del año en curso, por lo que con fundamento en los artículos 14, 16, 21 y 102 apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 fracción I, 2 fracciones I, II, 3 fracciones II y IV, 15, 16, 17, 18, 180, 181, 206 y demás aplicables del Código Federal de Procedimientos Penales; 1,4 14, 24 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; Acuerdos, por lo que desde luego es de acordarse y se acuerda: -----

ACUERDA

--- PRIMERO.- Se da fe de tener a la vista el oficio con número de folio [REDACTED] de quince de agosto del año dos mil diecinueve, suscrito por la doctora [REDACTED], en su carácter de Directora General de Especialidades Médico Forenses, mediante el cual propone como perito al doctor [REDACTED] perito en la especialidad de medicina forense con la finalidad de que intervenga en una diligencia a realizarse el día lunes diecinueve de agosto del año en curso: -----

--- SEGUNDO.- Agregúese los documentos antes descritos a la indagatoria de mérito con la finalidad que surtan los efectos legales que correspondan. -----

CÚMPLASE

--- ASÍ LO ACORDÓ Y FIRMA EL LICENCIADO [REDACTED] AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN ADSCRITO A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA, QUIEN ACTÚA EN FORMA LEGAL CON DOS TESTIGOS DE ASISTENCIA QUE AL FINAL FIRMAN Y DAN FE -----

DAMOS FE

[REDACTED]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[REDACTED]

[REDACTED]

OFICIOS RECIBIDOS



FGR

UEILCA

Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa

399

Id: 10428
Número: FOLIO 57310
Fecha: 15/08/2019 Fecha del turno: 19/08/2019
Fecha del término: Fecha de devolución:
Turnado a:
Status: SEGUIMIENTO
Quién remite:

Asunto: PROCEDENCIA: FGR. CMI. COORD. GRAL. SERV. PERICIALES. MEDICINA FORENSE. EN ATENCIÓN AL OFICIO FGR/FEMDH/UEILCA/0060/2019. SE PROPONE AL PERITO PROFESIONAL EJECUTIVO "B" EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FORENSE PARA LLEVAR A CABO DILIGENCIA SOLICITADA.

Observaciones:

10428

FGR
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FGR DECIDIDO
19 AGO 2019

El Jefe de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa
Licenciado [Redacted]

Numero de Folio 57310
AP/FGR/SDHPDSC/01/001/2015
Oficio FGR/FEMDH/UEILCA/0060/2019
Asunto Propuesta de Perito.
Ciudad de México, agosto 15 del 2019
"Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

Agente del Ministerio Público de la Federación, inscrita a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, Avenida Insurgentes número 20 piso 12, Colonia Roma Norte, Cuauhtémoc, Código Postal 06700, Ciudad de México. Presente

Por instrucciones superiores, con fundamento en los artículos 368 del Código Nacional de Procedimientos Penales, 14 Fracción VIII cuarto párrafo, 32 Fracciones I y V, Decimo Segundo Fracción II Transitorio de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de diciembre de 2018, de los numerales 3 inciso G), Fracción I, 6, 12, 40 y 89 fracciones II, V y X y 40 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 2012, y de conformidad con el Acuerdo A/007/2019 del Fiscal General de la República, por el que se crea la Coordinación de Métodos de Investigación en el que se establecen sus facultades y organización publicado en el Diario Oficial de la Federación el 07 de marzo del 2019, en atención a su oficio al rubro citado, de fecha 15 de agosto de 2019, recibido en la Coordinación General de Servicios Periciales el mismo día por medio del cual solicita: "designar peritos en materia de medicina forense, con la finalidad de llevar a cabo la entrega de los restos óseos de la persona que en vida llevó el nombre de [Redacted] identificado en primera instancia como cadáver T-2, relativa a los cuerpos ubicados los días 3 y 4 de octubre de 2014, en "Cerro Viejo", Municipio de Iguala, estado de Guerrero. Diligencia que se llevará a cabo el día lunes 19 de agosto del año en curso a las 9:00 horas en las instalaciones del Centro Médico Forense Federal." (sic).

Por lo anteriormente solicitado, me doy por enterada del contenido de su oficio, informando que se [Redacted] Profesional Ejecutivo "B" en la Especialidad de Medicina Forense [Redacted] adscrito a la Coordinación General de Servicios Periciales en esta Ciudad de México, a quien se le ha instruido para que [Redacted] el debido cumplimiento a su solicitud en la fecha y hora fijada por usted.

Sin otro particular, aprovecho el presente para enviarle un cordial saludo.

[Redacted]

DIRECTORA GENERAL DE ESPECIALIDADES MÉDICO FORENSES

LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Asistente Analítica Métrica, Coordinador General de Servicios Periciales. Para su apoyo y conocimiento:
Archivo
10428



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

FGR DECIRIDO

19 AGO 2019

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
COORDINACIÓN DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN
Coordinación General de Servicios Periciales
Dirección General de Especialidades Médico Forenses
Especialidad de Medicina Forense

Número de Folio 57310.
AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015.
Oficio FGRF/FEMDH/UEILCA/0060/2019.
Asunto Propuesta de Perito.

Ciudad de México, agosto 15 del 2019.
2019, Año del Caudillo del Sur, Emillano Zapata".

Licenciado.

Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa
Avenida Insurgentes número 20, piso 12, Colonia Roma Norte,
Cuauhtémoc, Código Postal 06700, Ciudad de México
Presente.

Por instrucciones superiores, con fundamento en los artículos 368 del Código Nacional de Procedimientos Penales, 14 Fracción VIII cuarto párrafo, 32, Fracciones I y V, Décimo Segundo Fracción II Transitorio de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de diciembre de 2018, de los numerales 3 inciso G), Fracción I, 6, 12, 40 y 86 fracciones II, V, y X y 40 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 2012, y de conformidad con el Acuerdo A/007/2019 del Fiscal General de la República, por el que se crea la Coordinación de Métodos de Investigación en el que se establecen sus facultades y organización publicado en el Diario Oficial de la Federación el 07 de marzo del 2019, en atención a su oficio al rubro citado, de fecha 15 de agosto de 2019, recibido en la Coordinación General de Servicios Periciales el mismo día por medio del cual solicita: "...designe peritos en materia de medicina forense... con la finalidad de llevar a cabo la entrega de los restos óseos de la persona que llevará el nombre [redacted] identificado en su primer instancia como [redacted] relativo a los cuerpos ubicados los días 3 y 4 de octubre de 2014, en "Cerro Viejo", Municipio de Iguala, estado de Guerrero. Diligencia que se llevará a cabo el día **Lunes 19 de agosto del año en curso a las 9:00 horas en las instalaciones del Centro Médico Forense Federal...**" (sic).

Por lo anteriormente solicitado, me doy por enterada del contenido de su oficio, informándole que se propone al **Perito Profesional Ejecutivo "B"** en la **Especialidad de Medicina Forense** [redacted] adscrito a la Coordinación General de Servicios Periciales en esta Ciudad de México, a quien se le ha instruido para que dé el debido cumplimiento a su solicitud en la fecha y hora fijada por usted.

Sin otro particular, aprovecho el presente para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DIRECTORA GENERAL DE ESPECIALIDADES MÉDICO FORENSES

C. c. p. C. D. Anselmo Apodaca Sánchez, Coordinador General de Servicios Periciales. Para su superior conocimiento
Perito Profesional Ejecutivo "B" Especialidad en Medicina Forense. Para su atención.
Archivo.

IIMG/MAVC/AYCG.

Rev 2

Ref IT-MF-01

FO-MF-04

400



2401

Acuerdo de diligencia
Ciudad de México, a 19 de agosto de 2019
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

ACUERDO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

----En la Ciudad de México, siendo las trece horas del diecinueve de agosto de dos mil diecinueve, la suscrita licenciada [REDACTED], agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Procuraduría General de la República, de la Procuraduría General de la República, quien actúa en forma legal con testigos de asistencia que firman y dan fe, se procede a emitir el siguiente:-----

ACUERDO

----Téngase por recibido el oficio número FGR/UEAF/0763/19, de fecha dieciséis de agosto de dos mil diecinueve, signado por la Licenciada [REDACTED], en su calidad de Directora General Adjunta, en Suplencia por ausencia del Titular de la Unidad Especializada en Análisis Financiero mediante el cual señala:

"Se remiten originales de la documentación que se relaciona a continuación: 1.- Oficio número 214-4/3314347/2019 de fecha 14 de agosto de 2019, emitido por las licenciadas [REDACTED], Directoras de la Dirección General Adjunta de Atención a Autoridades D. de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores con sello de recepción de fecha 15 de agosto de 2019 (1 foja) y copia simple del mismo oficio (1 foja), por medio del cual remite lo siguiente: Reporte del expediente [REDACTED] de fecha 13 de agosto de 2019 (7 fojas)."

----Lo anterior con fundamento en los artículos los artículos 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, en relación con los artículos tercer, sexto y décimo segundo fracción II transitorios de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República y el acuerdo A/010/19 de creación de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa; por lo que de este acto en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales se da fe de tener a la vista una foja útil del oficio y nueve fojas adjuntas de lo que se da fe en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales de dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legales de acordarse y se-----

ACUERDA

----PRIMERO.- Téngase por recibido oficio número FGR/UEAF/0763/19, de fecha dieciséis de agosto de dos mil diecinueve, constante de 1 foja útil del oficio, una foja del id 10432 mediante la cual remiten el presente y diez fojas adjuntas al presente, para que surta los efectos legales correspondientes.-----

----SEGUNDO.- Continúese con la investigación.-----

CUMPLASE

----Así lo acordó y firma la licenciada [REDACTED], agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Unidad Especial de Investigación para el Caso Ayotzinapa de la Procuraduría General de la República, para que surta los efectos legales correspondientes. -----

DAMOS FE

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[REDACTED]

A
F
L

113
c. 1
AIP

OFICIOS RECIBIDOS



FGR

UEILCA

Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa

402

Id: 10432
Número: FGR/UEAF/0763-19
Fecha: 16/08/2019 Fecha del turno: 19/08/2019
Fecha del término: Fecha de devolución:
Turnado a: [REDACTED]
Status: SEGUIMIENTO
Quién remite: [REDACTED]

Asunto: PROCEDENCIA: FGR, UNIDAD ESPECIALIZADA EN ANÁLISIS FINANCIERO, EN RELACIÓN AL OFICIO FGR/UEILCA/28/2019, MEDIANTE EL CUAL SE SOLICITA INFORMACIÓN DE LA PERSONA CITADA. AL RESPECTO REMITE ORIGINAL DEL OFICIO 214-4/3314347/2019, REPORTE DEL EXPEDIENTE E/IN1-1907-005982-COA. CON LOS CUALES DA RESPUESTA.

Observaciones:



RECIBIDO

Oficio No. FGR/UEAF/ 0763 - 19

Averiguación Previa: AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

19 AGO 2019
12:27:58

Asunto: Se remite documentación e información relacionada con la Averiguación Previa citada al rubro

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Ciudad de México, 16 AGO 2019
2019 Año del Centenario del Sur Emancipado

Licenciado [REDACTED]
Ministerio Público Federal de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa
Presente

En relación al oficio FGR/UEILCA/28/2019 de fecha 02 de julio de 2019 recibido el mismo día de su emisión referente a la averiguación previa número AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015 a través del cual solicito la colaboración de esta Unidad Especializada en Análisis Financiero a efecto de que en el ámbito de sus facultades, realice los requerimientos de información que considere procedentes a las autoridades competentes de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y del Servicio de Administración Tributaria, por el periodo del 01 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016, respecto de la persona que en su oficio señala, de conformidad con los artículos 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7 y 8 fracciones IX y X de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, 1, 2, 3, 4 fracción I, inciso A, 10 fracción V, 11 fracción I, 14 segundo párrafo 16 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, 1, 4 fracción VIII, 7 y 13 fracción VIII de su Reglamento Interno, y los artículos Primero y Tercero fracciones II y XVII, del Acuerdo A/078/13, emitido por el C. Procurador General de la República publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de mayo de 2013, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Unidad Especializada en Análisis Financiero, todos los anteriores en relación con los artículos transitorios Tercero Cuarto Sexto y Decimo Segundo fracción II, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018, se remiten originales de la documentación que se relaciona a continuación

1.- Oficio número 214-4/3314347/2019 de fecha 14 de agosto de 2019, emitido por las Licenciadas [REDACTED] y [REDACTED] y [REDACTED] Reyesos, Directoras de la Dirección General Adjunta de Atención a Autoridades D. de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores con sello de recepción de fecha 15 de agosto de 2019 (1 foja) y copia simple del mismo oficio (1 foja) por medio del cual remite lo siguiente.



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

RECIBIDO

Oficio No. FGR/UEAF/ 0763 - 19
Averiguación Previa: AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

19 AGO 2019
12:27 CAROL

Asunto: Se remite documentación e información
relacionada con la Averiguación Previa citada al rubro

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Ciudad de México, a 16 AGO 2019

2019. Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata

[Redacted]

Ministerio Público Federal de la Unidad
Especial de Investigación y Litigación para
el Caso Ayotzinapa.
Presente.

En relación al oficio FGR/UEILCA/28/2019 de fecha 02 de julio de 2019, recibido el mismo día de su emisión, referente a la averiguación previa número AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015, a través del cual solicitó la colaboración de esta Unidad Especializada en Análisis Financiero, a efecto de que en el ámbito de sus facultades, realice los requerimientos de información que considere procedentes a las autoridades competentes de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y del Servicio de Administración Tributaria, por el período del 01 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016, respecto de la persona que en su oficio señala; de conformidad con los artículos 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7 y 8 fracciones IX y X de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita; 1, 2, 3, 4 fracción I, inciso A, 10 fracción V, 11 fracción I, 14 segundo párrafo, 16 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; 1, 4, fracción VIII, 7 y 13 fracción VIII de su Reglamento Interno; y los artículos Primero y Tercero, fracciones II y XVII, del Acuerdo A/078/13, emitido por el C. Procurador General de la República, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de julio de 2013, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Unidad Especializada en Análisis Financiero, todos los anteriores en relación con los artículos transitorios Tercero, Cuarto, Sexto y Décimo Segundo fracción II, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018, se remiten originales de la documentación que se relaciona a continuación:

- 1.- Oficio número 214-4/3824347/2019 de fecha 14 de agosto de 2019, emitido por las Licenciadas [Redacted], Directoras de la Dirección General Adjunta de Atención a Autoridades D, de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores con sello de recepción de fecha 15 de agosto de 2019 (1 foja) y copia simple del mismo oficio (1 foja), por medio del cual remite lo siguiente:



- Reporte del expediente [REDACTED] de fecha 13 de agosto de 2019 (7 fojas).

Lo anterior, para su debida integración al expediente de la Averiguación Previa AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015 y para los efectos legales precedentes.

El presente documento tiene carácter de confidencial, por lo que su contenido no puede ser divulgado, a fin de salvaguardar la secrecia de las actuaciones de la averiguación previa, en términos de lo señalado en el artículo 16 del Código Federal de Procedimientos Penales, por lo que su trasgresión puede constituir alguno de los delitos previstos en los numerales 210, 214 fracción IV y 225 fracción XXVIII del Código Penal Federal, solicitandole de manera respetuosa, se haga extensivo al personal a quien se le encomiende la atención al presente.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar a Usted la seguridad de mi más atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE



LA DIRECTORA GENERAL ADJUNTA, EN SUPLENCIA POR AUSENCIA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN ANÁLISIS FINANCIERO, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO TRANSITORIO, FRACCIÓN II, DEL DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY ORGÁNICA DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, Y 1, 3, Y 137, TERCER PÁRRAFO, DEL REGLAMENTO DE LA LEY ORGÁNICA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Revisó:	C P Rafael Flores de la Torre- Director de Área.	
Elaboró	C P, Yazmin Rivera Arvizu - Subcoordinadora de Servicios.	

C c p Dirección General Adjunta de Analisis Estrategico de la Unidad Especializada en Analisis Financiero - Para su conocimiento

FISCALÍA
 UNIDAD DE
 Y LITIGIO

Vicepresidencia de Supervisión de Procesos Preventivos
Dirección General de Atención a Autoridades
Dirección General Adjunta de Atención a Autoridades D

5 AGO 2019 C/ANEXOS

CNBV.2S.3
Oficio número 214-4/3314347/2019
Expediente E/INI-1907-005982-COA
Ciudad de México, a 14 de agosto de 2019



12:08.

"2019, AÑO DEL CAUDILLO DEL SUR, EMILIANO ZAPATA"

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Unidad Especializada en Análisis Financiero

Av. Insurgentes No. 20 de la Glorieta de Insurgentes, Piso 11
Col. Roma, Alcaldía de Cuauhtémoc
C.P. 06700, Ciudad de México



Directora General Adjunta

ASUNTO: Se atiende su requerimiento.

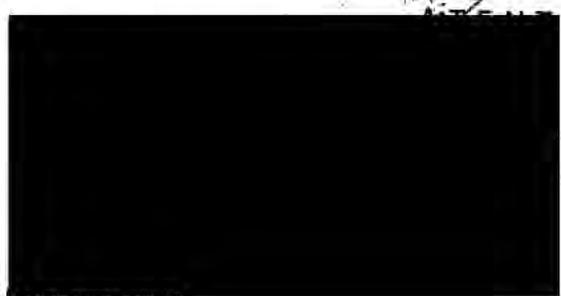
Hacemos referencia a su oficio número **FGR/UEAF/608/2019**, derivado de la **Averiguación Previa** número **AP/PCR/SDHPDSC/OI/001/2015**, mediante el cual esa Autoridad solicitó información y/o documentación de la(s) cuenta(s) que se localicen a nombre de la(s) persona(s) física(s) y/o moral(es) que en el mismo se indica(n).

Sobre el particular y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 142 de la Ley de Instituciones de Crédito; 34 de la Ley de Ahorro y Crédito Popular; 44 de la Ley de Uniones de Crédito; 69 de la Ley para Regular las Actividades de las Sociedades Cooperativas de Ahorro y Préstamo; 192 de la Ley del Mercado de Valores; 51-A y 87-B octavo párrafo de la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito; 55 de la Ley de Fondos de Inversión y 44, fracción I y 58 del Reglamento Interior de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, con el presente enviamos a usted la impresión del reporte generado por el Sistema de Atención a Autoridades, en el que se puede apreciar el tipo de respuesta que presentó cada una de las entidades financieras requeridas.

Es de señalar que la información que se turna es bajo la más estricta responsabilidad de esa Autoridad, debiendo salvaguardar en todo momento lo previsto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como a los artículos 142, 34, 44, 69, 192, 51-A y 87-B, 55 de las Leyes referidas en el párrafo anterior.

Por lo anterior, se da por **atendido** de manera **total** su requerimiento de información, manifestándole las seguridades de nuestra distinguida consideración.

ATENTAMENTE



DIRECTORA

Anexo: Un sobre cerrado
AHR/COA

K

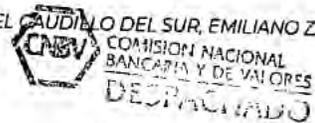
Vicepresidencia de Supervisión de Procesos Preventivos
Dirección General de Atención a Autoridades
Dirección General Adjunta de Atención a Autoridades D

CNBV.2S.3
Oficio número 214-4/3314347/2019
Expediente E/INI-1907-005982-COA
Ciudad de México, a 14 de agosto de 2019

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Unidad Especializada en Análisis Financiero

Av. Insurgentes No. 20 de la Glorieta de Insurgentes, Piso 11
Col. Roma, Alcaldía de Cuauhtémoc
C.P. 06700, Ciudad de México

"2019, AÑO DEL AUDITOR DEL SUR, EMILIANO ZAPATA"



14 AGO. 2019

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE
ATENCIÓN A AUTORIDADES "D"

[Redacted]
Directora General Adjunta

ASUNTO: Se atiende su requerimiento.

Hacemos referencia a su oficio número **FGR/UEAF/608/2019**, derivado de la **Averiguación Previa** número **AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015**, mediante el cual esa Autoridad solicitó información y/o documentación de la(s) cuenta(s) que se localicen a nombre de la(s) persona(s) física(s) y/o moral(es) que en el mismo se indica(n).

Sobre el particular y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 142 de la Ley de Instituciones de Crédito; 34 de la Ley de Ahorro y Crédito Popular; 44 de la Ley de Uniones de Crédito; 69 de la Ley para Regular las Actividades de las Sociedades Cooperativas de Ahorro y Préstamo; 192 de la Ley del Mercado de Valores; 51-A y 87-B octavo párrafo de la Ley General de Organizaciones y Actividades Auxiliares del Crédito; 55 de la Ley de Fondos de Inversión y 44, fracción I y 58 del Reglamento Interior de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, con el presente enviamos a usted la impresión del reporte generado por el Sistema de Atención a Autoridades, en el que se puede apreciar el tipo de respuesta que presentó cada una de las entidades financieras requeridas.

Es de señalar que la información que se turna es bajo la más estricta responsabilidad de esa Autoridad, debiendo salvaguardar en todo momento lo previsto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como a los artículos 142, 34, 44, 69, 192, 51-A y 87-B, 55 de las Leyes referidas en el párrafo anterior.

Por lo anterior, se da por atendido de manera **total** su requerimiento de información, manifestándole las seguridades de nuestra distinguida consideración.

ATENTAMENTE

[Redacted signature area]

DIRECTORA

Anexo: Un sobre cerrado
AHR/COA

[Redacted]

Reporte del expediente

406

EXP. CONTROL INTERNO [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO 17/07/2019

FECHA DE OFICIO 17/07/2019

FECHA RECLPCION CNBV 17/07/2019

FECHA RECLPCION EN EL AREA 17/07/2019

FECHA DE CONCLUSION 14/08/2019

AVERIGUACION [REDACTED]

REFERENCIA [REDACTED]

EXPLIDENTE [REDACTED]

FOLIO SIARA [REDACTED]

FOLIO VI [REDACTED]

[] NACIONAL 0

AFORIDAD SOLICITANTE UNIDAD ESPECIALIZADA EN ANALISIS FINANCIERO

DESCRIPCION DEL ASUNTO UNIDAD ESPECIALIZADA EN ANALISIS FINANCIERO INFORMACION Y DOCUMENTACION

OBSERVACIONES

Expediente Electronico

Expediente Vinculado

Nombre o razón social.	R.F.C.	Tipo	Carácter
[REDACTED]	SIN DATO		Relacionado

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
Almacenes Generales De Deposito								
ALMACENADORA ACCTL S.A. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA LOGISTICA EMPRESARIAL S.A. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENES GENERALES DE DEPOSITO DEL SAQUI S.A. DE C.V.	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA REGIONAL MEXICANA S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA MEXICO, S.A. DE C.V.	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA DE DEPOSITO MODERNO S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENES GENERALES DEL BAJIO S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA DEL VALLE DE MEXICO S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA INTER-AMERICANA S.A. DE C.V.	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA AFIRME S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO AFIRME GRUPO FINANCIERO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIH	Total
ARGO ALMACENADORA S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA BANORTE S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO GRUPO FINANCIERO BANORTE	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA MERCADER S.A. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA SUR S.A. DE C.V. ORGANIZACION AUXILIAR DEL CREDITO	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
ALMACENADORA GENERAL S.A.	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIH	Total
Casas De Bolsa								
MORGANSTANLEY MEXICO CASA DE BOLSA S.A. DE C.V.	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIH	Total
CITIBAN AMEX CASA DE BOLSA S.A. DE C.V. CASA DE BOLSA INTEGRANTE DEL GRUPO FINANCIERO CITIBANAMEX	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIH	Total
MEXIBAN CASA DE BOLSA S.A. DE C.V.	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIH	Total
CASA DE BOLSA VEFORMAS S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO VEFORMAS S.A. DE C.V.	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIH	Total
SCOTIABANK CASA DE BOLSA S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO SCOTIABANK INVERSA	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	25/07/2019	Negativa	SIH	Total
HSBC CASA DE BOLSA S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO HSBC	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIH	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
MONEX CASA DE BOLSA S.A DE C.V. MONEX GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIII	Total
CASA DE BOLSA BANORTE S.A DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIII	Total
GRUPO BERSA DE MEXICO S.A DE C.V. CASA DE BOLSA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CASA DE BOLSA SANTANDER S.A DE C.V. GRUPO FINANCIERO SANTANDER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIII	Total
INVERSORA BERSA DE C.V. CASA DE BOLSA GRUPO FINANCIERO BERSA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
INVEXCASA DE BOLSA S.A DE C.V. INVEX GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CASA DE BOLSA MULTIVA S.A DE C.V. GRUPO FINANCIERO MULTIVA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CASA DE BOLSA BBVA BANCOMER S.A DE C.V. GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CASA DE BOLSA INFINAMIX S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
VALORES MEXICANOS CASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
VALUT S.A DE C.V. CASA DE BOLSA VALUT GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
AFECTOR CASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BCRSAMERICACASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
J.P. MORGAN CASA DE BOLSA S.A DE C.V. J.P. MORGAN GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
DEUTSCHE SECURITIES S.A DE C.V. CASA DE BOLSA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
MERRILL LYNCH MEXICO S.A DE C.V. CASA DE BOLSA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CASA DE BOLSA CREDIT SUISSE (MEXICO) S.A DE C.V. GRUPO FINANCIERO CREDIT SUISSE (MEXICO)		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
UBS CASA DE BOLSA S.A DE C.V. UBS GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
EVERCORE CASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BARCLAYS CAPITAL CASA DE BOLSA S.A DE C.V. GRUPO FINANCIERO BARCLAYS MEXICO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
INTERAMERICAS DE BOLSA S.A DE C.V. INTERAMERICAS GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CASA DE BOLSA BASE S.A DE C.V. GRUPO FINANCIERO BASE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CUCASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIII	Total
MASARI CASA DE BOLSA S.A		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
ROGPAULMUCASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
GOLDMAN SACHS MEXICO CASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
KUSPI CASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
PUNTO CASA DE BOLSA S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
VIMEX S.A DE C.V. CASA DE BOLSA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	20/07/2019	Negativa	SIII	Total
Casas De Cambio								
BYB CASA DE CAMBIO S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
ORDER EXPRESS CASA DE CAMBIO S.A DE C.V. ACTIVIDAD AUXILIAR DEL CREDITO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
PRODIGA S.A DE C.V. CASA DE CAMBIO. ACTIVIDAD AUXILIAR DEL CREDITO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
STERLING CASA DE CAMBIO S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
IMPERIAL CASA DE CAMBIO S.A DE C.V. ACTIVIDAD AUXILIAR DEL CREDITO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIII	Total
DIVISAS SAN JORGE CASA DE CAMBIO S.A DE C.V. ACTIVIDAD AUXILIAR DEL CREDITO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
UNICA CASA DE CAMBIO S.A DE C.V. ACTIVIDAD AUXILIAR DEL CREDITO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
GLOBAL CAMBIO FOREIGN EXCHANGE CASA DE CAMBIO LEM S.A DE C.V. ACTIVIDAD AUXILIAR DEL CREDITO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
Instituciones De Banca De Desarrollo								
BANCO NACIONAL DEL LIBRE COMERCIO FUERZA ARMADA S.N.C		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO DEL BIENESTAR SOCIEDAD NACIONAL		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Página 2 of 13

Reporte del expediente

407

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
DE CREDITO INSTITUCION DE BANCA DE DESARROLLO								
SOCIEDAD HIPOTECARIA FEDERAL, S.N.C		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
Instituciones De Banca Multiple								
BANCO NACIONAL DE MEXICO S.A INTEGRANTE DEL GRUPO FINANCIERO BANAMIA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BBVA BANCOMER S.A, INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO SANTANDER (MEXICO) S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO SANTANDER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SCOTIABANK INVERLAT, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO SCOTIABANK INVERLAT		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
HSBC MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO HSBC		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO BANORTE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO INBURSA S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO INBURSA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCA MIFEL, S.A, INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO MIFEL		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO INAVIA, S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO DEL BAJO, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ALCANTAR BANCOS S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MUTU BANK MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE FILIA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
J.P. MORGAN S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, J.P. MORGAN GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANK OF AMERICA MEXICO S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
AMERICAN EXPRESS BANK (MEXICO) S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO VE POR MAS S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO VE POR MAS		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO MONEEX S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, MONEEX GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
DEUTSCHE BANK MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO AZULCA S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO CREDIT SUISSE (MEXICO), S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO CREDIT SUISSE (MEXICO)		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO RIGONAL S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, BANREGIO GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO AUTOFIN MEXICO, S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO COMPAREAMOS, S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCA AYS BANK MEXICO, S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO BANCA AYS MEXICO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CONSIBANCO S.A.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO DE INVERSION AHRME, S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, AHRME GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO PPE S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO ACTINVER S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO ACTINVER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCO MULTIVA S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO MULTIVA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANCA AFIRME, S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, AFIRME GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANSE S.A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Página 3 of 13

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
INTERCAMBANCOS A INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE INTERCAMBANCOS FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
ABC CAPITAL S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO AHORRO FAMILIAR S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
UBANCO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIII	Total
VOLKSWAGEN BANK S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO BANCARIA S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO BASE S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO LINIERRA S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO FORJADORES S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO INMOBILIARIO MEXICANO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO KEBHANA MEXICO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE FILIAL		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO PAGAFODOS S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO S3 MEXICO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO SABADELL S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANCO SHINJIA DE MEXICO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANK OF CHINA MEXICO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
BANK AOH S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
FUNDACION DONDE BANCO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
INDUSTRIAL AND COMMERCIAL BANK OF CHINA MEXICO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
MIZUBO BANK MEXICO S.A. INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
Sociedades Cooperativas de Ahorro y P...								
CAJA POPULAR SAN RAFAEL S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJASAN ISIDRO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA HIPODROMO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR 15 DE MAYO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR DE AHORROS YANGA S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR OBIATOS S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR APASIO EL ALJO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR CIRIANO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR CORTAZAR S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR LOS REYES S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR MANZANILLO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA POPULAR SAN PABLO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJASAN NICOLAS S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJASMG S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIII	Total
COOPERATIVA AGRUMIX S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
COSEFIN DO IUSCOSTO S/MIEMBRO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total
CAJA MORELIA VALLEJO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIII	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Página 4 of 13

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

Reporte del expediente

468

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
CAJA POPULAR ERASMO CASTRO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR JUVENTINO ROSAS, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR MEXICANA S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR PUREPERO, S.C. de A.P. de R.L. de C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA CAMPESINOS UNIDOS DE CUJACAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA CHIQUILIZTLI, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA LINDOS DE XALISCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA EPITACIO HUERTA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SAN GABRIEL, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SAN ANGEL HUMILPAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA ELCEMA S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA SAN JUAN BAUTISTA DE SAN JUAN DEL RIO, ORO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJAVITRAS, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA VALLE DE GUADALUPE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SAN MARÍA MONTECUCO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA INMACULADA S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR CRISTOBAL COLON S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR LA PROVIDENCIA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA DOPPE SARROJO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA CHUALPILLI DE TONALÁ, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR LAS HUASTECAS S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SANTA MARIA DE GUADALUPE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA RIM DEL POTOSO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA DE AHORRO DE LOS TELFONISTAS S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA LMA S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA ARTURO MARQUEZ AGUILAR, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA BIENOS ARES S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA CERRO DE LA SILLA S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA DE AHORROS ANTIAGUO S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA DE AHORROS DEL PEYAC, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA DE AHORROS UNIVALENTE S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA DE PAQ POBIANA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA EMY S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA GONZALO VEGA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA HIZMIZ, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA LA GUADALUPANA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA LAS AGRADAS FAMILIA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POLOTITLAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR 9 DE AGOSTO SAMANCA S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR AGUSTIN DE ITURBIDE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total

PUBLICA
SOLICITUD
CASO

martes, 13 de agosto de 2019

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
CAJA POPULAR ARBOLEDAS, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR CHAVINDA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR ARRIUDAD HIDALGO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR COMONFORT, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR CRISTOFREY, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	26/07/2019	Negativa	MUNICIPAL	Total
CAJA POPULAR DOLORES HIDALGO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR FLORENCIO ROSAS DE OJETA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR INMACULADA CONCEPCION DE LA HUERFA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR JOSE MARI MERCADO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR JOSE MARI VELASCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR MELAMBERTO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR AGUILITAS, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR EL FONTE DE RIVIERA SIEMPRE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR MARAVATIO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR ESTRASINORA DE TONAYAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR PADRE EPITANIO PADILLA DE TANGAMANDAPIO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR PINTAS, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR PIO XII, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR PROGRESO GARCIA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR ROSARIO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SARAYO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SAN BERNARDINO DE SIENA VALADOLID, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SAN JOSE DE CASIMIRO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SAN JOSE DE TLAJOMULCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	25/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SAN JOSE EL RIBIDE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SAN JUAN BOSCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SAN MIGUEL DE ALENDE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SANTIAGO APOSTOL, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR SANTUARIO DE ADALFANO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR STA. MARGARITA DE ALACOCQUE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR TAMAZULA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR TANCHUATO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR TAVASCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR TECUMAY, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR TEOCITLO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR TOMATLAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR TZALUAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Página 6 of 13

Reporte del expediente

409

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
CAJA POPULAR VILIANUEVA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	26/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA POPULAR YURIRIA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SANTA MARIA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA AGUASCALIENTES, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA CAMPESINA SANTA MARIA AMFALCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA CASA DE AHORRO CAMPI SINO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA CUALTITLAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	20/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA DOS RIOS, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA DR. ARROYO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA EL FINON, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA FLOTA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA GALIANA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA GUACHINANGO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA GUAJALTEPEC, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA JOSE CARRILLO GARCTA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA KALEN TOMIN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA LA HUERTA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA MAGDALENA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA MINATITLAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA NIEVA AGUIRRE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA NUEVO IDEAL, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA PENITE DE CAMOTIAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA REGION M. SIERRANA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIAS AN. DIONISIO DE GUILLERMO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SAN MIGUEL DE CRUCES, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SAN SEBASTIAN DEL OESTE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SANTA MARIA DEL ORO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SANTIAGO PAPANQUIARO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SIERRA DE SAN JUAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA SUR DE JALISCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA TECOLOTLAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA TENAPATZ TZOZOB, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA TUXCA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA XOCHILAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA ZAPOTITLAN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA SOLIDARIA ZATEPEC, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAJA ZONGOLICA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
COOPERATIVA APROVIZIN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA DE AHORRO Y PRÉSTAMOS LA POPULAR ATTEMUAC, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA DE AHORRO Y PRÉSTAMOS RENACIMIENTO COSTA DE ORO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA LACTIVO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA NUEVA AHUACAC DE LA MULLA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA MULTOMIXICO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVAS SAN ANDRÉS COYUHUA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA SULLAA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA HPOZITAS, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COOPERATIVA YOLOMECATEL, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
EL ROSARIO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ESPERANZA INDIGENA ZAPOTIÁN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
EL SOLIDARIDAD, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
EL NAGAM, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FONDO SOLIDARIO DEL FRENTE DEMOCRÁTICO CAMPESINO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FRATAPANAL TOMIN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
LA CAUSA SOLIDARIA DEL HOCALICOTE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MANNICO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
PROGRESO DE VICENTE GUERRERO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
REDUCO DE TANKOJAÑA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
REDIN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SEHROCO, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SISTEMAS DE PROYECTOS ORGANIZADOS EN COMUNIDAD, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
TOSTAPAN TOMIN, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
UNIDOS POR EL PROGRESO DE SAYULA, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
UNION DE SERVICIOS ALLENDE, S.C. DE A.P. DE R.L. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
Sociedades Distribuidoras Integrales de				de Inversión				
FONDIK S.A. DE C.V. - DISTRIBUIDORA DE ACCIONES DE FONDOS DE INVERSIÓN		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MAS FONDOS, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
Sociedades Financieras de Objeto Múltiple								
START BANRIGIO, S.A. DE C.V. - SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE, ENTIDAD REGULADA, BANRIGIO GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERA AYLAMIOS, S.A. DE C.V. - SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE, ENTIDAD REGULADA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERA BAIRO, S.A. DE C.V. - SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE, ENTIDAD REGULADA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SOLIDA ADMINISTRADORA DE PORTAFOLIOS, S.A. DE C.V. - SOLOMI GRUPO FINANCIERO BANORIT		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
BANRIGIO SOLUCIONES FINANCIERAS, S.A. DE C.V. - SOLOMI BANRIGIO GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
TARJITAS BANAMIFEX, S.A. DE C.V. - SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE, ENTIDAD REGULADA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SANTANDER CONSUMOS, S.A. DE C.V. - SOLOMI GRUPO FINANCIERO SANTANDER MEXICO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ARRENDADORA Y FACTOR BANORIE, S.A. DE C.V. - SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Página 8 of 13

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

Reporte del expediente

410

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
MÚLTIPLE ENTIDAD REGULADA, GRUPO FINANCIERO BANORTE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
GLOBALCARD S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MIFEL S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ARRENDADORA ALBAIE S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ER		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	MANUAL	Total
ARRENDADORA BANAMEX S.A. DE C.V. SOFOM ER INTEGRANTE DE GRUPO FINANCIERO BANAMIX		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ARRENDADORA BANCREA S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ENTIDAD REGULADA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ARRENDADORA BASE S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ER, GRUPO FINANCIERO BASE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ARRENDADORA VE POR MAS S.A. DE C.V. SOFOM ER GRUPO FINANCIERO VE POR MAS		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
Celelem S.A. de C.V. Sociedad Financiera de Objeto Múltiple ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COMERCIOS AFILIADOS S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CONSUPAGO S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CRÉDITO FAMILIAR S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FACTORAJE AFIRME S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ER AFIRME GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FACTORING CORPORATIVO S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FC FINANCIAL S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ENTIDAD REGULADA, GRUPO FINANCIERO INBURSA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERA S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERA BANREGIO S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERA BIPIENSA S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANMADRID MEXICO S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FORD CREDIT MEXICO S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
GAT FINANCIAL DE MEXICO S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
GRUPO FINANCIERO CARSO S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ENTIDAD REGULADA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
INVEX CONSUMO S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ENTIDAD REGULADA, INVEX GRUPO FINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
INX FINANCIERA S.A.P.I DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MERCADER FINANCIAL S.A. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MITRO FINANCIERAS A.P.I DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MOTUS INVERTERE S.A. DE C.V. SOCIEDAD FINANCIERA DE OBJETO MÚLTIPLE ENTIDAD REGULADA		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
NAVISTAR FINANCIAL S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
NR FINANCE MEXICO S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
OPCORRES S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ÓRGA DE SERVICIOS MFGA S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
PORTAFOLIO DE NEGOCIOS S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
PROMOTORA DE INFRAESTRUCTURA REGISTRAL S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
PROYECTOS ADAMANTINI S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SABCAPITAL S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SANTANDER INCLUSION FINANCIERA S.A. DE C.V. SOFOM ER GRUPO FINANCIERO SANTANDER MEXICO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SANTANDER VIVIENDA S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SOFOM INBURSA S.A. DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SOFOPIES S.A.P.I DE C.V. SOFOM ER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total

QUE SE
NEGACIÓN
ASO

martes, 13 de agosto de 2019

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
VALLE ARRINDADORA S.A DE C.V. SOFOMLER VALLEGRUPOFINANCIERO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
Sociedades Financieras Populares								
FINCOMUN SERVICIOS FINANCIEROS COMENTARIOS S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
EL CRECIMOS S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
UNAGRA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
OPERACIONES DE FULCADO S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SERVICIOS FINANCIEROS ALTERNATIVOS S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERAMONTE DE PIENSA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERAMUNSA DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SOLUCIONAMEX S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	20/07/2019	Negativa	SIFI	Total
AKMA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAMADELASHERRAGORDA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MULTIPLICAMEXICO S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
OPERADORADE RECURSOS REFORMA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SOCIEDAD DE ALTERNATIVAS ECONOMICAS S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERAPIANEX S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input type="checkbox"/>	13/08/2019	Total Negativa Ficta	MANUAL	Total
UNIFI FINANCIERA DE ALIENDE S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ADMINISTRADORA DE CUA BILMSTAR S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERAMEXICANA PARA EL DESARROLLO RURAL S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERAVIAMAZULA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERASOFTAB S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ACCION Y EVOLUCION S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	20/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ARBO MULTIPLE S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CATA PROGRESA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	24/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CAPITAL ACTIVO S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COMERCIALIZADORA FINANCIERA DE AUTOMOTORES S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CONSEJO DE ASISTENCIA AL MICRO EMPREENDEDOR S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
CREDITIB S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERA DEL SECTOR SOCIAL S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERASUMATE S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERASUSTENTABLE DE MEXICO S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINANCIERAVANGUARDIA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
ICTINFORMALFORMA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
IMPLISO PARA EL DESARROLLO DE MEXICO DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
JP SOFINPRISS S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
KI4RO FINANCIERO S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
LIBERTAD SERVICIOS FINANCIEROS S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIFI	Total
MASCATA S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
OPCIONES EMPRESARIALES DEL NOROESTE S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
PASO SEGURO CRIANDO TU EURO S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total
SEP PORVENIR S.A DE C.V. S.F.P.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input type="checkbox"/>	13/08/2019	Total Negativa Ficta	MANUAL	Total
Sociedades Operadoras de Sociedades								
BBVA BANCO MEXICAN S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
COMPASS INVESTMENTS OF MEXICO S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FINACROSS MEXICO S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIFI	Total
FONDOS DE INVERSION AFIRME S.A DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIFI	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Página 10 of 13

Reporte del expediente

411

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
FONDOS DE INVERSIÓN MUTUAL S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
GESTION SANTANDER, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIU	Total
BLACKROCK MEXICO OPERADORA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
SOCIEDAD OPERADORA DE FONDOS DE INVERSIÓN		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
SURA INVESTMENT MANAGEMENT MEXICO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
INTEGRAM FONDOS S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
INVI X OPERADORA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA DE FONDOS BANORTE IXTL, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
AXION OPERADORA DE FONDOS, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA BANREGIO S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA DE FONDOS DE INVERSIÓN VEFORMAS S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
FINANXIA INVERSIONES, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA DE FONDOS NAFINSA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
GBM ADMINISTRADORA DE ACTIVOS S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	21/07/2019	Negativa	SIU	Total
SOCIEDAD OPERADORA DE FONDOS DE INVERSIÓN		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA INBURSA DE SOCIEDADES DE INVERSIÓN, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA MIFEL, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA VALMEX DE SOCIEDADES DE INVERSIÓN, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
PRINCIPAL FONDOS DE INVERSIÓN, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA DE FONDOS DE INVERSIÓN		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
OPERADORA ACTINVER, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
SOCIEDAD DE SOCIEDADES DE INVERSIÓN, GRUPO FINANCIERO ACTINVER		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
SANTAFONDOS S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIU	Total
OLD MUTUAL OPERADORA DE FONDOS S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
VALLE OPERADORA DE SOCIEDADES DE INVERSIÓN, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
VECTOR FONDOS, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIU	Total
HSBC GLOBAL ASSET MANAGEMENT (MEXICO) S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
GRUPO FINANCIERO HSBC		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	MANUAL	Total
UNIONES DE Crédito		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA DE CALIAME S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA DE COATEPEL, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA DE HUAYABAMPO S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA DEL MAYO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA DEL YAQUI S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA E INDUSTRIAL DE GASAVE, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA GANADERA INDUSTRIAL DEL POZOSI, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICOLA GANADERO DEL ESTADO DE YUCATAN, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGRICULTORES DEL CUATEHUAC S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO SAN MARCOS, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
VALORACION DEL CRÉDITO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input type="checkbox"/>	13/08/2019	Total Negativa Licitación	MANUAL	Total
UNION DE CRÉDITO AGROPECUARIO, INDUSTRIAL Y COMERCIAL DE HUAYAPAN, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGROPECUARIO INDUSTRIAL COLONOS DE IRRIGACION S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO AGROPECUARIO INDUSTRIAL DEL VALLE DEL YAQUI S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SIU	Total
UNION DE CRÉDITO APERA S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	25/07/2019	Negativa	SIU	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
AFAMIRA UNION DE CREDITO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO AVICOLA DEL TABASCO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO CHIHUAHUENSE S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
PROTECCION PATRIMONIAL UNION DE CREDITO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SITI	Total
CREDITO UNION EMPRESARIAL UNION DE CREDITO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
CREDITO COMERCIAL UNION DE CREDITO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO ALLENDE S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE COMERCIO SERVICIOS Y TURISMO DE CHIAPAS S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE COSTA EMERALDA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input type="checkbox"/>	13/08/2019	Total Negativa Ficta	MANUAL	Total
UNION DE CREDITO DE DISTRIBUIDORES AUTOMOTRICES S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE GASOLINEROS S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE GOMEZ PALMERO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE HIDALGO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO INTEGRAL S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA HUASTECA VERACRUZANA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION DE AGUASCALIENTES S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION DE SAN LUIS POTOSI S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION DE SONORA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION DEL ESTADO DE GUANAJUATO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA INDUSTRIA DEL MANTO Y DEL BORDADO DE AGUASCALIENTES S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA INDUSTRIA LITOGRAFICA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE LA MINICA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO ESTATAL DE PRODUCTORES DE CAPE DE OAXACA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE PUERTO VALLARTA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DEL TABASCO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE TAMPAN S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
MULTIOPCIONES UNION DE CREDITO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DEL TAMAULIPAS S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DEL COMERCIO E INDUSTRIAS Y SERVICIOS TURISTICOS DE OCCIDENTE S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DE REYNOSA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	23/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DEL COMERCIO SERVICIOS TURISMO DEL SUR S.T.E S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DEL SOCORSCOS S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DELICIAS S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO DEL SARROLO DE CHIAPAS S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO EL AGUILA S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO EMPRESARIAL DEL CACHIMOC S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO EMPRESARIAL DEL VERACRUZ S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO EMPRESARIAL S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SITI	Total
FICIN S.A DE CV UNION DE CREDITO		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO GUANAJUATO DEL TABASCO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SITI	Total
UNION DE CREDITO INTEGRAL DEL GOLFO S.A DE CV		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input type="checkbox"/>	13/08/2019	Total Negativa	MANUAL	Total

martes, 13 de agosto de 2019

Página 12 of 13

Reporte del expediente

412

Institución	Oficio	Pub.	Fecha Pub.	Desc.	Fecha Respuesta	Respuesta	Origen	Estatus
UNION DE CREDITO GANADEROS DEL NORTE, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO GENERAL, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
LA BOMBEUSA UNION DE CREDITO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO INDUSTRIAL Y AGROPECUARIA DE TABASCO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO INDUSTRIAL Y AGROPECUARIO DE LA LAGUNA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO INDUSTRIAL Y COMERCIAL DE LA CONSTRUCCION DEL ESTADO DE MEXICO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO CONCRETOS, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO INTERESTATAL CHIAPAS, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO MIXTA DE CREDITO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO MEXICANO DE SERVICIOS PROFESIONALES, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO MIXTA DE COMERCIO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO MIXTA DEL CARMEN, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO MIXTA DEL ESTADO DE VERMUTZ, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO MONARCA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO PARA LA CONTADURIA PUBLICA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO PROGRESO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO PROMOTORA PARA EL DESARROLLO ECONOMICO DEL ESTADO DE VERMUTZ, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO REGIONAL DEL NORTE DE VERMUTZ, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO SAMUEL, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO SANTA FE, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	19/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO AGROPECUARIA DE GUANAJUATO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO AGRICOLA, PECUARIO Y DE SERVICIOS DEL NOROESTE, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	22/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO DE LA COMARCA IAGUNERA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO ESPIERA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO UNION DE CREDITO, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO DE LA PROVINCIA MEXICANA, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
UNION DE CREDITO INDUSTRIAL DE NUEVO LEON, S.A. DE C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total
Union de Credito Credipyme, S.A. de C.V.		<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	<input checked="" type="checkbox"/>	18/07/2019	Negativa	SII	Total

ESTADO DE VERMUTZ
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
VERMUTZ

martes, 13 de agosto de 2019

MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
 CREDENCIAL PARA VOTAR

Francisco Román Ramos
Municipio de San Mateo
DISTRITO DE CALCO

NOMBRE [REDACTED] SEXO [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]
 CLAVE DE ELECTOR [REDACTED]
 CURP [REDACTED] AÑO DE REGISTRO [REDACTED]
 ESTADO [REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED] SECCIÓN [REDACTED]
 LOCALIDAD [REDACTED] EMISIÓN [REDACTED] VIGENCIA [REDACTED]

POTELAD.



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

AL DE LA REPUBLICA [REDACTED]

[REDACTED]



**SE SOLICITA ENTREGA RECEPCIÓN DE [REDACTED] AL
DELEGADO CENTRO SUR DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN Y
ENAJENACIÓN DE BIENES DEL SECTOR PÚBLICO (SAE)**

--- En la Ciudad de México, siendo las catorce horas con cinco minutos del diecinueve de agosto de dos mil diecinueve.-----

--- **VISTO** el estado que guarda la indagatoria AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015 y que afecto a ella se encuentran diversos bienes asegurados entre ellos vehículos, motocicletas, y bienes inmuebles de los cuales ya se notificó su aseguramiento a la Dirección General de Control y Registro de Aseguramientos Ministeriales y que fueron ya registrados en el Sistema electrónico de la citada Dirección General denominado "[REDACTED]" en el cual se les asignó el número de bien, entre ellos el Bien PGR [REDACTED] AUTOBUS, VOLVO, modelo 2001, estado físico regular, número de identificación vehicular [REDACTED] y realizado el procedimiento de análisis de la documentación y su alta en el sistema SICRAM, la Dirección General de Control y Registro de Aseguramientos Ministeriales de la Fiscalía General de la República, autorizó a través del sistema remitir la notificación del aseguramiento y puesta a disposición al Servicio de Administración de Bienes (SAE) dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a fin de que fijen fecha y hora para su entrega física y que no se alteren, destruyan o desaparezcan en virtud de que constituyen objeto de prueba cuyo destino legal deberá ejecutarse hasta que esta autoridad se lo indique, por lo que dicha comunicación ya se envió al (SAE) vía electrónica y que también la notificación se debe entregar en físico para su formalización, es de acordarse y se,-----

ACUERDA

--- **ÚNICO.** Gírese el oficio correspondiente a la Delegada Regional Centro Sur del Sistema del Servicio de Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público, con residencia en Toluca, Estado de México, vía correo certificado.---

CUMPLASE

--- ASÍ LO ACORDO Y FIRMA EL MAESTRO [REDACTED] AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN, DE LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA DE LA FISCALÍA ESPECIALIZADA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, QUIEN ACTÚA CON TESTIGOS DE ASISTENCIA QUE AL FINAL FIRMAN Y DAN FE.-----

DAMOS FE.

[REDACTED]

Testigo de asistencia

[REDACTED]

Testigo de asistencia.

[REDACTED]



- - - R A Z O N.- En la misma fecha se elaboró el oficio OPD/CIUDAD DE
MÉXICO/7944/2019 dando cumplimiento al acuerdo que antecede - - -

-----**CONSTE**-----

[Redacted]

Testigo de existencia

[Redacted]

Testigo de asistencia

[Redacted]



LA REPUBLICA
DE INVESTIGACIÓN
EL CASO



ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE ASEGURAMIENTO
Y PUESTA A DISPOSICIÓN

C. DELEGADO REGIONAL CENTRO SUR
DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN
Y ENAJENACIÓN DE BIENES DEL SECTOR PÚBLICO
PRESENTE.

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 21 y 102 apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 fracción I, 2 fracciones II y VI, 182 último párrafo del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 2, 3, 5 y 7 de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público; 15 de su Reglamento; 4 fracción I inciso A subincisos b), e), j) y w) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como lo establecido en el Acuerdo A/011/00 emitido por el Procurador General de la República; hago de su conocimiento que esta Representación Social de la Federación, con las facultades que me confieren los preceptos antes invocados. Decretó el ASEGURAMIENTO PROVISIONAL de los bienes afectos a la indagatoria número: AP/PGR/SDHPDSC/OJ/001/2015 que se describen a continuación:

Vehículo

No. Bien PGR: [REDACTED] MICROBUS/AUTOBUS, VOLVO, AUTOBUS, 2001, Estado Físico: REGULAR, No. Serie NIV:
[REDACTED] No. Serie Motor: .

- Para los efectos, me permito acompañar en copia, las diligencias ministeriales siguientes:
- Acuerdo de Aseguramiento
- Fe Ministerial / Acta de Inspección
- Oficio de Notificación PERSONAL
- Dictamen Pericial No. [REDACTED]
- Reporte de Robo / No Robo
- Inventario de Aseguramiento

Lo anterior se hace de su conocimiento, para que intervenga conforme a sus atribuciones y facultades; señale fecha y hora para formalizar la entrega física de los bienes afectos a la indagatoria en que se actúa.

Al respecto se aclara que si bien en la fe ministerial se señala modelo 2011, derivado del dictamen en Identificación vehicular el modelo corresponde al año 2001, ello considerando la información del VIN que en ambas diligencias es [REDACTED]

Asimismo, es importante destacar que en diligencia de 11 de septiembre de 2015, en la indagatoria [REDACTED], el agente del Ministerio Público de la Federación decretó el aseguramiento del autobus Volvo, en la misma diligencia notifico al apoderado legal de la empresa propietaria del bien que se encontraba presente.

Es importante mencionar, que durante la administración de los referidos bienes se deberá evitar que estos se alteren, destruyan o desaparezcan en virtud de que constituyen objeto de prueba de conformidad con el último párrafo del artículo 182 del Código Federal de Procedimientos Penales, por lo que el destino legal de los mismos deberá ejecutarse hasta en tanto esta autoridad ministerial se lo indique.

Cabe señalar que la averiguación previa AP/PGR/SDHPDSC/OJ/001/2015 [REDACTED] :

417

El que suscribe Agente del Ministerio Público de la Federación, certifica que los documentos anexos al presente oficio son copia cotejada con las constancias que obran en el expediente de la Averiguación Previa en que se actúa.

No omito manifestar que el presente oficio de puesta a disposición, contiene información con carácter de RESERVADA, de conformidad con los artículos 3, 99, 110 y 113, fracciones I, V, VII, XII y XIII de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, por un periodo de 5 años, por lo que el manejo y divulgación de dicha información será bajo su más estricta responsabilidad.

Sin otro particular aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"

EL C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN. ADSCRITO A SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS, PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD



C.c.p. Titular de la Dirección General de Control y Registro de Aseguramientos Ministeriales - Para su conocimiento - Presente.
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
Y LITIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

MEXICANO
LA REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
EL CASO

418

Sistema de Control y Registro
de Aseguramientos Ministeriales

SICRAM

Número de OPD: OPD/CIUDAD DE MEXICO/7944/2019
Número de AP/CI: AP/PGR/SDHPDSC/OV001/2015
Delegación del SAE a la que se envió: DELEGACION REGIONAL CENTRO SUR
Fecha y hora de envío: 19/08/2019 02:28 p. m.

Tu OPD ha sido enviado y se encuentra en proceso de recepción por el SAE



EN LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PÚBLICA
PARA EL CASO
APA



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE SERVICIOS GENERALES
DIRECCIÓN DE SERVICIOS TERCERIZADOS
SUBDIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO.

419

**CONTROL DE CORRESPONDENCIA DE SALIDA
SOLICITUD DE SERVICIO**
Calle Privada de Rio Pilcomayo #169, Col. Argentina Poniente, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11230, Ciudad de México.

REMITENTE

AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO FEDERAL, ADSCRITO A LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA Avenida Insurgentes, Número 20, piso 12 de la Glorieta de Insurgentes, Colonia Roma Norte, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06700, Ciudad de México

No. DE FOLIO [REDACTED]

DÍA	MES	AÑO
19	08	2019

SERVICIO SOLICITADO

INTERCAMBIO [REDACTED] CERTIFICADO MENSAJERÍA MEXPOST

ORDINARIO CERTIFICADO CON ACUSE DE RECIBIDO MENSAJERÍA ACCELERADA [REDACTED]

CENTRO DE COSTOS

611

VALOR DECLARADO \$ [REDACTED]

URGENTE

SOBRE/ PAQUETE	DESCRIPCION (No. Oficio, averiguación previa, circular, etc.)	DESTINATARIO	
		NOMBRE	DOMICILIO
SOBRE	AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015 OFICIO: OPD/CIUDAD MEXICO/7944/2019 DE	LIC. [REDACTED] DELEGADA REGIONAL CENTRO SUR DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES DEL SECTOR PÚBLICO.	[REDACTED]

[REDACTED]

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO FEDERAL DE LA FISCALIA GENERAL DE LA REPÚBLICA

MICRO: 504306

EN LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
DEL CASO
[REDACTED]

SUBDIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO
DEPTO. DE OFICIALES DE PARTE

20 AGR. 2019
SELLÓ Y FIRMA
CORRESPONDENCIA
TURNO RECEPTOR
RECIBO

REMITENTE

420

INTE DEL MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL, ADSCRITO A
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA Avenida
gentes, Número 20, piso 12 de la Glorieta de Insurgentes,
ia Roma Norte, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal
o, Ciudad de México

AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

OF. OPD/CIUDAD DE MEXICO/7944/2019



DE LA REPÚBLICA
E INVESTIGACIÓN
AR EL CASO
OLIVA

DESTINATARIO
LIC. ADRIANA VEGA OLIVA

DELEGADA REGIONAL CENTRO SUR DEL SERVICIO DE
ADMINISTRACIÓN Y ENAJENACIÓN DE BIENES DEL SECTOR
PÚBLICO. Boulevard Aeropuerto Miguel Alemán No. 160,
locales 226 al 225 Zona Industrial Lerma, Municipio de Lerma



421

ACUERDO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.

--- En la Ciudad de México, siendo las quince horas con trece minutos del día diecinueve de agosto del año dos mil diecinueve, el suscrito licenciado [REDACTED] LORES, Agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, quien actúa en forma legal con dos testigos de asistencia de conformidad con lo establecido por el artículo 16 párrafo primero del Código Federal de Procedimientos Penales, con quienes al final firman y dan fe: -----

HACE CONSTAR

--- Que en la fecha anteriormente señalada se tuvo por recibido la volunta de correspondencia con número de ID 10421 de catorce de agosto del año en curso dirigida al suscrito licenciado [REDACTED] Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, mediante el cual remiten el oficio con número de folio [REDACTED] de catorce de agosto de dos mil diecinueve, suscrito por el Maestro [REDACTED] a [REDACTED] director general de ingenierías forenses, mediante el cual designan al biólogo [REDACTED] para que intervenga en una diligencia dentro de la presente indagatoria, por lo que con fundamento en los artículos 14, 16, 21 y 102 apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 fracción I, 2 fracciones I, II, 3 fracciones II y IV, 15, 16, 17, 18, 180, 181, 206 y demás aplicables del Código Federal de Procedimientos Penales; 1,4 14, 24 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; Acuerdos, por lo que desde luego es de acordarse y se acuerda: -----

ACUERDA

--- PRIMERO.- Se da fe de tener a la vista el oficio con número de folio [REDACTED] de catorce de agosto de dos mil diecinueve, suscrito por el [REDACTED] Jones, director general de ingenierías forenses, mediante el cual designan al biólogo [REDACTED] para que intervenga en una diligencia dentro de la presente indagatoria. -----

--- SEGUNDO.- Agregúese los documentos antes descritos a la indagatoria de mérito con la finalidad que surtan los efectos legales que correspondan -----

CUMPLASE

--- ASÍ LO ACCORDÓ Y FIRMA EL LICENCIADO [REDACTED] AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN ADSCRITO A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA, QUIEN ACTÚA EN FORMA LEGAL CON DOS TESTIGOS DE ASISTENCIA QUE AL FINAL FIRMAN Y DAN FE -----

TESTIGOS DE ASIS

[REDACTED]

OFICIOS RECIBIDOS



FGR

UEILCA

Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa

422

Id 10421

Número: FOLIO 56880

Fecha: 14/08/2019 Fecha del turno: 16/08/2019

Fecha del término: Fecha de devolución:

Turnado a: [Redacted]

Status: SEGUIMIENTO

Quién remite: [Redacted] DIRECTOR GENERAL DE INGENIERÍAS FORENSES.

Asunto: PROCEDENCIA: FGR. COORD. GRAL. SERV. PERICIALES. DIR. GRAL. DE INGENIERIAS FORENSES. EN ATENCIÓN AL OFICIO FGR/FEMDH/UEILCA/0047/2019. SE INFORMA QUE SE NOTIFICO A EL BIOL. [Redacted] QUIEN DARA CUMPLIMIENTO A SU SOLICITUD.

Observaciones:



DIRECCIÓN GENERAL DE INGENIERÍAS FORENSES
Departamento de Delitos Ambientales

Número de Folio 56880
Número de Averiguación Previa
AP/PGR/SDHPOSC/01/001/2015
Asunto Notificación

Ciudad de México a 16 de agosto de 2019
2019 Año del Centenario de la Revolución Mexicana



Licenciado [Redacted]
Agente del Ministerio Público de la Federación
Adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa
Presente
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Por instrucciones superiores y con fundamento en el artículo Décimo Segundo fracción II Transitorio de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, en relación con los numerales 3 inciso G) fracción I, inciso H) fracción XL, 6, 40 y 87 fracciones I, II, III y VII del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 2012, y al Acuerdo A/238/12 artículo primero, fracción XI, numeral 3, en atención a su oficio número FGR/FEMDH/UEILCA/0047/2019 de fecha 13 de agosto de 2019, y recibido al BIOL. [Redacted] para el cumplimiento a lo solicitado por Usted. Se adjunta copia de su oficio que contiene la firma de enterado por parte del perito.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más alta consideración.

ATENTAMENTE



EL DIRECTOR GENERAL DE INGENIERÍAS FORENSES



EXICANDOSSES

A REPUBLICA
DE INVESTIGACION
EL CASO



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPUBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE INGENIERÍAS FORENSES
Departamento de Delitos Ambientales

423

Número de Folio: 56880

Número de Averiguación Previa:

AP/PGR/SDHPDSC/01/001/2015

Asunto: Notificación

Ciudad de México, a 14 de agosto de 2019

"2019, Año del Centenario de la Revolución Mexicana"



FEL
16 AGO 2019
12:08

Licenciado

[Redacted]

Agente del Ministerio Público de la Federación

Adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa

Presente.

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Por instrucciones superiores y con fundamento en el artículo Décimo Segundo fracción II Transitorio de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, en relación con los numerales 3 inciso G) fracción I, inciso H fracción XL, 6, 40 y 87 fracciones I, II, III y VII del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de julio de 2012, y al Acuerdo A/238/12 artículo primero, fracción XI, numeral 3, en atención a su **oficio número FGRF/FEMDH/UEILCA/0047/2019 de fecha 13 de agosto de 2019**, y recibido en esta Coordinación General el mismo día, se le ha notificado de su proveído al [Redacted] quien dará cumplimiento a lo solicitado por Usted. Se adjunta copia de su oficio que contiene la firma de enterado por parte del perito.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más alta consideración.

[Redacted Signature]

EL DIRECTOR GENERAL DE INGENIERIAS FORENSES



[Redacted]

para su conocimiento y debido cumplimiento - Presente



Ministerio Público
Unidad Especial de Investigación y Litigación
A. 0100

Ciudad de México, a 13 de Agosto del 2019
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"
Asunto: SOLICITUD DE PERITO.

424

SG 880



COORDINADOR GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES
PRESENTE.

En cumplimiento al acuerdo ministerial dictado dentro de la indagatoria al rubro citada; al respecto y toda vez que la presente oficina es la encargada de la investigación de los hechos acontecidos en el municipio de Iguala de la Independencia Guerrero los días veintiséis y veintisiete de septiembre de dos mil catorce, en agravio de 43 estudiantes de la escuela normal rural "Raúl Isidro Burgos" de Ayotzinapa, Guerrero, así como de otros casos de personas desaparecidas que tienen o pudieran tener relación con estos hechos, por medio del presente solicito se designe al perito en Materia de Biología delitos ambientales, [REDACTED] con la finalidad de que colabore con esta representación social de la federación en el análisis respecto de un área ubicada en el estado de Guerrero, los días miércoles catorce y jueves quince de agosto del año en curso. Aunado a esto solicito que al personal comisionado, se le otorguen viáticos anticipados por el concepto de gastos exentos de comprobación por seguridad, integridad y secrecía de las actividades y del personal ministerial.

Lo anterior, con fundamento en los artículos 1, 16, 21 y 102 apartados "A" y "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; de conformidad con el artículo 7 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos; 1 fracción I, 2 fracción II, 113, 132, 168, 180, 206, 208, 220, 223, 224, 225, 226 y demás relativos y aplicables del Código Federal de Procedimientos Penales; 1, 2, 7 fracción II y VII, 10, 11, 12, 18, 19 y 20 de la Ley General de Víctimas; así como 1, 4, fracción I, apartado A), incisos b) y c), 22 fracción I inciso d), y 1, 3, apartado A) inciso V de su Reglamento; en relación con los artículos transitorios Tercero y Sexto, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018 y 50. fracción I de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

Es importante destacar y, como es de su conocimiento, existe por el Estado Mexicano el deber de atender a la mayor brevedad posible los requerimientos, diligencias y todas aquellas labores que permitan el debido desarrollo de la presente investigación, para el cumplimiento y desarrollo de las diligencias que son observadas incluso, en cumplimiento a las Medidas Cautelares MC-409-2014 dictadas con motivo de los lamentables hechos acontecidos en Iguala de la Independencia los días 26 veintiséis y 27 veintisiete de septiembre de 2014 dos mil catorce, en agravio de 43 cuarenta y tres estudiantes de la Escuela Normal Rural "Raúl Isidro Burgos" de Ayotzinapa Guerrero; así como en la búsqueda de dichos estudiantes víctimas y, demás víctimas de dichos sucesos.

Esperando contar con su pronto y valioso apoyo, agradezco su atención.



ATENTAMENTE



LA REPUBLICA
INVESTIGACION
4-1-2020



RATIFICACION DEL POLICIA FEDERAL MINISTERIAL ALBERTO RUIZ PRIMERO

--- En la Ciudad de México, siendo las dieciséis horas con treinta minutos del diecinueve de agosto de dos mil diecinueve, la suscrita licenciada [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa en forma legal en términos de lo dispuesto por los artículos 21, 102 apartada "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por el párrafo primero del artículo 16 y 17 del Código Federal de Procedimientos Penales, 1, 2, 3, 4, 5, así como los Transitorios Tercero y Sexto de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, y 1, 2, 7, como testigos de asistencia que al final firman y dan fe:-----

HACE CONSTAR

--- Que se encuentra presente en esta oficina el Suboficial [REDACTED] procede a tomar la respectiva comparecencia, lo que hace constar para todos los efectos legales a que haya lugar.-----

COMPARECE

- Quien dijo llamarse [REDACTED], Suboficial adscrito a la Policía Federal Ministerial, quien en estos momentos se identifica con credencial número [REDACTED] expedida a su favor por la entonces Procuraduría General de la República, ahora Fiscalía General de la República, en la cual se aprecia una fotografía de quien lo exhibe, misma que concuerda con los rasgos físicos de éste, documento del cual se da fe de tener a la vista y en este acto se devuelve al interesado quien la recibe de conformidad, previa copia certificada que se agrega a las actuaciones de la presente Averiguación Previa; por lo que continuando con la diligencia se le toma la PROTESTA para que se conduzca con la verdad en la diligencia en que interviene y se le advierte en los términos de lo dispuesto por los artículos 182 y 247, del Código Penal Federal, de las penas que se imponen a las personas que declara con falsedad ante una autoridad diversa a la judicial en ejercicios de sus funciones, así como lo establecido por el artículo 242 del Código Federal de Procedimientos Penales; y protestado que fue, en términos de ley, la persona de referencia, protestó conducirse con verdad; y por lo que respecta al contenido del artículo 127 bis del ordenamiento antes invocado, en cuanto a nombrar abogado que lo asista en la presente diligencia, manifiesta que se reserva ese derecho, toda vez que no es su deseo nombrar abogado, en virtud de no considerarlo necesario; manifestando

[REDACTED]

por lo cual declara.-----

DECLARA

--- Que comparezco voluntariamente ante esta Representación Social de la Federación, atendiendo al oficio FGR/UEILCA/0439/2019, del cinco de agosto de dos mil diecinueve, mediante el cual fuera girado el ordenamiento ministerial, del cual se entrega resultados, mediante el informe policial con el oficio FGR/AIC/PFM/DGIPAM/DIEDO/IT/13369/2019, de fecha 14 de agosto de dos mil diecinueve, en este acto ratifico en todas y cada una de sus partes, informe policial emitido, constante de dos fojas del informe y una copia simple de credencial, conociendo como mía la firma que presenta al calce y al margen del mismo informe toda vez que es la misma que utilizo para todos mis actos públicos y privados; que es todo lo que tiene que declarar; y leída que fue la presente, la ratifica en todas y cada una de sus partes, por ser la verdad de los hechos, firmando al margen y al calce, para debida constancia legal.-----

DAMOS FE

[REDACTED]

SUBOFICIAL

[REDACTED]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[REDACTED]



RATIFICACION DEL POLICIA FEDERAL MINISTERIAL R

----- En la Ciudad de México, siendo las dieciséis horas con cincuenta minutos del diecinueve de agosto de dos mil diecinueve, la suscrita licenciada _____ agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa en forma legal en términos de lo dispuesto por los artículos 21, 102 apartada "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por el párrafo primero del artículo 16 y 17 del Código Federal de Procedimientos Penales, 1, 2, 3, 4, 5, así como los Transitorios Tercero y Sexto de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República; y 1, 2, 7, como testigos de asistencia que al final firman y dan fe:-----

HACE CONSTAR

----- Que se encuentra presente en esta oficina el Suboficial _____, por lo cual se procede a tomar la respectiva comparecencia, lo que hace constar para todos los efectos legales a que haya lugar.-----

----- Quien dijo llamarse _____, al ser llamado por escrito a la Policía Federal Ministerial, quien en estos momentos se identifica con credencial número _____ expedida a su favor por la antes Procuraduría General de la República, actualmente Fiscalía General de la República, en el cual se aprecia una fotografía de quien lo exhibe, misma que concuerda con los rasgos físicos de éste, documento del cual se da fe de tener a la vista y en este acto se devuelve al interesado quien la recibe de conformidad, previa copia certificada que se agrega a las actuaciones de la presente Averiguación Previa; por lo que continuando con la diligencia se le toma la PROTESTA para que se conduzca con la verdad en la diligencia en que interviene y se le advierte en los términos de lo dispuesto por los artículos 182 y 247, del Código Penal Federal, de las penas que se imponen a las personas que declara con falsedad ante una autoridad diversa a la judicial en ejercicios de sus funciones, así como lo establecido por el artículo 242 del Código Federal de Procedimientos Penales; y protestado que fue, en términos de ley, la persona de referencia, protestó conducirse con verdad; y por lo que respecta al contenido del artículo 127 bis del ordenamiento antes invocado, en cuanto a nombrar abogado que lo asista en la presente diligencia, manifiesta que se reserva ese derecho.



por lo cual declara.-----

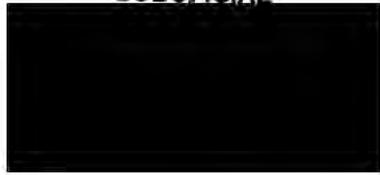
DECLARA

----- Que comparezco voluntariamente ante esta Representación Social de la Federación, atendiendo al oficio FGR/UEILCA/0439/2019, del cinco de agosto de dos mil diecinueve, mediante el cual fuera girado el ordenamiento ministerial, del cual se entrega resultados, mediante el informe policial con el oficio FGR/AIC/PFM/DGIPAM/DIEDO/IT/13369/2019, de fecha 14 de agosto de dos mil diecinueve, en este acto ratifico en todas y cada una de sus partes, informe policial emitido, constante de dos fojas del informe y una copia simple de credencial, conociendo como mía la firma que presenta al calce y al margen del mismo informe toda vez que es la misma que utilizo para todos mis actos públicos y privados; que es todo lo que tiene que declarar; y leída que fue la presente, la ratifica en todas y cada una de sus partes, por ser la verdad de los hechos, firmando al margen y al calce, para debida constancia legal.-----

DAMOS FE



SUBOFICIAL



TESTIGOS DE ASISTENCIA





RATIFICACION DE LA POLICIA FEDERAL MINISTERIAL

----- En la Ciudad de México, siendo las diecisiete horas del diecinueve de agosto de dos mil diecinueve, la suscrita licenciada [redacted] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos, quien actúa en forma legal en términos de lo dispuesto por los artículos 21, 102 apartada "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por el párrafo primero del artículo 16 y 17 del Código Federal de Procedimientos Penales, 1, 2, 3, 4, 5, así como los Transitorios Tercero y Sexto de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República; y 1, 2, 7, como testigos de asistencia que al final firman y dan fe;-----

HACE CONSTAR

--- Que se encuentra presente en esta oficina la Suboficial [redacted] por lo cual se procede a tomar la respectiva comparecencia, lo que hace constar para todos los efectos legales a que haya lugar.

COMPARECE

--- Quien dijo llamarse [redacted] E [redacted] [redacted] [redacted] adscrita a la Policía Federal Ministerial, quien en estos momentos se identifica con credencial número [redacted]; expedida a su favor por la Fiscalía General de la República, en el cual se aprecia una fotografía de quien lo exhibe, misma que concuerda con los rasgos físicos de éste, documento del cual se da fe de tener a la vista y en este acto se devuelve al interesado quien la recibe de conformidad, previa copia certificada que se agrega a las actuaciones de la presente Averiguación Previa; por lo que continuando con la diligencia se le toma la PROTESTA para que se conduzca con la verdad en la diligencia en que interviene y se le advierte en los términos de lo dispuesto por los artículos 182 y 247, del Código Penal Federal, de las penas que se imponen a las personas que declaran con falsedad ante una autoridad diversa a la judicial en ejercicios de sus funciones, así como lo establecido por el artículo 242 del Código Federal de Procedimientos Penales; y protestado que fue, en términos de ley, la persona de referencia, protestó conducirse con verdad; y por lo que respecta al contenido del artículo 127 bis del ordenamiento antes invocado, en cuanto a nombrar abogado que lo asista en la presente diligencia, manifiesta que se reserva ese derecho, toda vez que no es su deseo nombrar

[redacted]

DECLARA

--- Que comparezco voluntariamente ante esta Representación Social de la Federación, atendiendo al oficio FGR/UEILCA/0439/2019, del cinco de agosto de dos mil diecinueve, mediante el cual fuera girado el ordenamiento ministerial, del cual se entrega resultados, mediante el informe policial con el oficio [redacted] [redacted] [redacted] de fecha 14 de agosto de dos mil diecinueve, en este acto ratifico en todas y cada una de sus partes, informe policial emitido, constante de dos fojas del informe y una copia simple de credencial, conociendo como mía la firma que presenta al calce y al margen del mismo informe toda vez que es la misma que utilizo para todos mis actos públicos y privados; que es todo lo que tiene que declarar; y leída que fue la presente, la ratifica en todas y cada una de sus partes, por ser la verdad de los hechos, firmando al margen y al calce, para debida constancia legal.

DAMOS FE

SUBOFICIAL

[redacted]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[redacted]

[redacted]



Acuerdo de diligencia
Ciudad de México, a 19 de agosto de 2019
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

ACUERDO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTO

----En la Ciudad de México, siendo las diecisiete horas con treinta minutos del diecinueve de agosto de dos mil diecinueve, la suscrita licenciada [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa de la Procuraduría General de la República, de la Procuraduría General de la República, quien actúa en forma legal con testigos de asistencia que firman y dan fe, se procede a emitir el siguiente:-----

ACUERDO

----Téngase por recibido el oficio número FGR/UEAF/0759/2019, de fecha quince de agosto de dos mil diecinueve, firmado por la Licenciada [REDACTED] en su calidad de Directora General Adjunta, en Suplencia por ausencia del Titular de la Unidad Especializada en Análisis Financiero mediante el cual señala:

"...Se remiten originales de la documentación que se relaciona a continuación: 1.- Oficio número [REDACTED] de fecha 13 de agosto de 2019, emitido por [REDACTED] Administrado de Análisis Técnico Fiscal "4"...copia del oficio [REDACTED] de fecha 24 de julio de 2019..."

----Lo anterior con fundamento en los artículos los artículos 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 16 de Código Federal de Procedimientos Penales, en relación con los artículos tercer, sexto y décimo segundo fracción II transitorios de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República y el acuerdo A/010/19 de creación de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa; por lo que de este acto en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales se da fe de tener a la vista una foja útil del oficio y nueve fojas adjuntas de lo que se da fe en términos del artículo 208 del Código Federal de Procedimientos Penales de dos testigos de asistencia que al final firman y dan fe, para debida constancia legales de acordarse y se

ACUERDA

----**PRIMERO.**- Téngase por recibido oficio número FGR/UEAF/0759/2019, de fecha quince de agosto de dos mil diecinueve, constante de 1 foja útil del oficio, y nueve fojas adjuntas descritas, ocurso que se recibe con el número de id 10431 para que surta los efectos legales correspondientes.-----

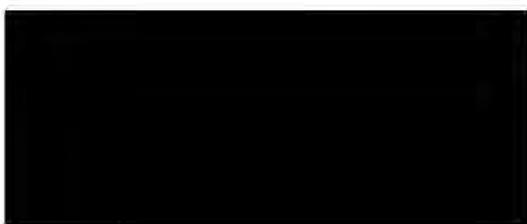
----**SEGUNDO.**- Continúese con la investigación.-----

CUMPLASE

----Así lo acordó y firma la licenciada [REDACTED] agente del Ministerio Público de la Federación, adscrita a la Unidad Especial de Investigación para el Caso Ayotzinapa de la Procuraduría General de la República, para que surta los efectos legales correspondientes. -----

DAMOS FE

TESTIGOS DE ASISTENCIA



OFICIOS RECIBIDOS



FGR

UEILCA

Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa

429

Id: 10431
Número: FGR/UEAF/0759-19
Fecha: 15/08/2019 Fecha del turno: 19/08/2019
Fecha del término: Fecha de devolución:
Turnado a: [REDACTED]
Status: SEGUIMIENTO
Quién remite: [REDACTED]

Asunto: PROCEDENCIA: FGR, UNIDAD ESPECIALIDA EN ANÁLISIS FINANCIERO, EN RELACIÓN AL OFICIO FGR/UEILCA/28/2019, MEDIANTE EL CUAL SE SOLICITA INFORMACIÓN DE LA PERSONA CITADA. AL RESPECTO REMITE ORIGINAL DEL OFICIO 500-02-04-2019-26844, OFICIO 500-05-08-2019-18252 Y OFICIO 400-72-00-05-00-2019-12174 CON LOS CUALES DA RESPUESTA.

Observaciones:

RECIBIDO
19 AGO 2019
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Oficio No. FGR/UEAF/ 0759-19
Averiguación Previa AP/FGR/SDHPDSC/OI/001/2019
Asunto: Se remite documentación e información relacionada con la Averiguación Previa citada al rubro
Ciudad de México a 15 de agosto de 2019.
2019. Año del Caudillo del Sur. Emiliano Zapala

Ministerio Público Federal de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa
Presente

En relación al oficio FGR/UEILCA/28/2019 de fecha 02 de julio de 2019, recibido el mismo día de su emisión, referente a la averiguación previa número AP/FGR/SDHPDSC/OI/001/2019, a través del cual solicito la colaboración de esta Unidad Especializada en Análisis Financiero, a efecto de que en el ámbito de sus facultades, realice los requerimientos de información que considere procedentes a las autoridades competentes de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y del Servicio de Administración Tributaria, por el periodo del 01 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016, respecto de la persona que en su oficio señala, de conformidad con los artículos 21 y 102 apartado 'A' de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7 y 8 fracciones IX y X de la Ley Federal para la Protección de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita, 1, 2, 3, 4 fracción I, inciso A, 10 fracción V, 11 fracción I, 14 segundo párrafo, 16 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, 1, 4, fracción VIII 7 y 8 fracción VIII de su Reglamento Interno, y los artículos Primero y Tercero, fracciones II y XVII, del Acuerdo A/078/13, emitido por el C. Procurador General de la República, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de julio de 2013, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Unidad Especializada en Análisis Financiero, todos los anteriores en relación con los artículos transitorios Tercero, Cuarto, Sexto y Decimo Segundo fracción II, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018, se remiten originales de la documentación que se relaciona a continuación

1.- Original del oficio [REDACTED] de fecha 13 de agosto de 2019, expedido por el Administrador de Análisis Técnico Fiscal 4 de la Administración Central de Análisis Técnico Fiscal del Servicio de Administración Tributaria (2 fojas), acuse de recepción de fecha 14 de agosto de 2019 (1 foja), mediante el cual remite lo siguiente



FGR

FISCALIA GENERAL

FGR

RECIBIDO

19 AGO 2019

12:26 CARO

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

430

Oficio No. FGR/UEAF/

0759-19

Averiguación Previa: AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

Asunto: Se remite documentación e información relacionada con la Averiguación Previa citada al rubro

Ciudad de México, a

2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata

[Redacted]

Ministerio Público Federal de la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa. Presente

En relación al oficio FGR/UEILCA/28/2019 de fecha 02 de julio de 2019, recibido el mismo día de su emisión, referente a la averiguación previa número AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015, a través del cual solicitó la colaboración de esta Unidad Especializada en Análisis Financiero, a efecto de que en el ámbito de sus facultades, realice los requerimientos de información que considere procedentes a las autoridades competentes de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y del Servicio de Administración Tributaria, por el periodo del 01 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016, respecto de la persona que en su oficio señala; de conformidad con los artículos 21 y 102 apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7 y 8 fracciones IX y X de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita; 1, 2, 3, 4 fracción I, inciso A, 10 fracción V, 11 fracción I, 14 segundo párrafo, 16 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; 1, 4, fracción VIII, 7 y 13 fracción VIII de su Reglamento Interno; y los artículos Primero y Tercero, fracciones II y XVII, del Acuerdo A/078/13, emitido por el C. Procurador General de la República, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de julio de 2013, por el que se estableció la organización y funcionamiento de la Unidad Especializada en Análisis Financiero, todos los anteriores en relación con los artículos Tercero, Cuarto, Sexto y Décimo Segundo fracción II, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de diciembre de 2018, se remiten originales de la documentación que se relaciona a continuación:

- 1.- Original del oficio número 500-02-04-2019-26844 de fecha 13 de agosto de 2019, emitido por [Redacted] Administrador de Análisis Técnico Fiscal "4" de la Administración Central de Análisis Técnico Fiscal del Servicio de Administración Tributaria (2 fojas), acuse de recepción de fecha 14 de agosto de 2019 (1 foja), mediante el cual remite lo siguiente:

www.gob.mx/pgr

www.gob.mx/pgr



Averiguación Previa: AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

- Copia del oficio [redacted] de fecha 24 de julio de 2019, a través del cual la Administración Central de Fiscalización Estratégica, informo que la contribuyente referida no se le ha iniciado procedimiento conforme a lo previsto en el artículo 69-B de Código Fiscal Federal(1 foja).
- Copia del oficio [redacted] [redacted] fecha 29 de julio de 2019, mediante el cual la Administración Desconcentrada de Recaudación de Distrito Federal "1", proporciono información y documentación relacionada con declaraciones fiscales (5 fojas).

Lo anterior, para su debida integración al expediente de la Averiguación Previa AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015 y para los efectos legales precedentes.

El presente documento tiene carácter de confidencial, por lo que su contenido no puede ser divulgado, a fin de salvaguardar la secrecia de las actuaciones de la averiguación previa, en términos de lo señalado en el artículo 16 del Código Federal de Procedimientos Penales, por lo que su trasgresión puede constituir alguno de los delitos previstos en los numerales 210, 214 fracción IV y 225 fracción XXVIII del Código Penal Federal, solicitándole de manera respetuosa, se haga extensivo al personal a quien se le encomiende la atención al presente.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar a Usted la seguridad de mi más atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE,

[Redacted signature block]

LA DIRECTORA GENERAL ADJUNTA EN SUPLENCIA POR AUSENCIA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN ANÁLISIS FINANCIERO, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO TRANSITORIO, FRACCIÓN II, DEL DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY ORGÁNICA DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, Y 1, 3, Y 137, TERCER PÁRRAFO, DEL REGLAMENTO DE LA LEY ORGÁNICA DE LA PROCURADURIA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Revisó:	C.P. Rafael Flores de la Torre.- Director de Área.	[Signature]
Elaboró:	Mtra. Elizabeth Sanchez Navarro.- Subdirectora de Área.	[Signature]

C.c.p. Dirección General Adjunta de Analisis Estratégico de la Unidad Especializada en Analisis Financiero.- Para su conocimiento

www.gob.mx/pgr

431

Oficio 500-02-04-2019-
EXP. REQ.136/2019

26841

3 AGO 2019

Asunto: Se proporciona información y documentación.

Ciudad de México, a
"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata."

Licenciada

Directora General Adjunta de la Unidad
Especializada en Análisis Financiero de la
Fiscalía General de la República.
Presente.

14 CC

Me refiero al oficio FGR/UEAF/0566-19 de fecha tres de julio de dos mil diecinueve, recibido en la Administración General de Auditoría Fiscal Federal al día siguiente, a través del cual solicitó que se proporcionara diversa información y documentación para continuar con la debida integración de la Averiguación Previa AP/PCR/SDHPDSC/OI/001/2015.

Sobre el particular, me permito remitir copia de los oficios, así como la documentación certificada correspondiente, recibidos en la Administración Central de Análisis Técnico Fiscal, que adelante se detallan, relacionada con el contribuyente que se cita en el anexo adjunto.

- Oficio 500-05-08-2019-18252 de fecha veinticuatro de julio de dos mil diecinueve, recibido el veintinueve de julio del mismo año, a través del cual la Administración Central de Fiscalización Estratégica, informó que al contribuyente citado en el anexo adjunto no se le ha realizado ningún procedimiento conforme a lo previsto en el artículo 69-B del Código Fiscal Federal.
- Oficio 400-72-00-05-00-2019-12174 de fecha veintinueve de julio de dos mil diecinueve, recibido treinta y uno de julio del mismo año, mediante el cual la Administración Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "1", proporcionó información y documentación relacionada con las Declaraciones Fiscales del contribuyente que se cita en el anexo adjunto.

En virtud de lo anterior, se hace de su conocimiento que el requerimiento de mérito, ha sido atendido en su totalidad.

No omito manifestarle que dicha información y documentación se proporciona por tratarse de una investigación relacionada con alguna de las conductas previstas en el artículo 400 Bis del Código Penal Federal, conforme a lo dispuesto en el diverso 69 segundo párrafo, del Código Fiscal de la Federación, misma que en términos de los artículos 116, tercer párrafo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 113, fracción II, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, debe considerarse como confidencial de acuerdo a los Lineamientos generales en materia de la clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.

Le reitero la seguridad de mi consideración más atenta y distinguida.

Atentamente,

En suplencia por ausencia del Administrador Central de Análisis Técnico Fiscal y de los Administradores de Análisis Técnico Fiscal "1", "2" y "3", con fundamento en los artículos 2, párrafo primero, apartado B, fracción III, inciso b), 4, párrafo cuarto, en relación con el artículo 22 último párrafo, numeral 2, inciso d), del Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 2015, vigente a partir del 22 de noviembre de 2015, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo primero del Artículo Primero Transitorio de dicho Reglamento, firma el Administrador de Análisis Técnico Fiscal "4".

Vol. AFE-1473/2019 (T) y CAT-4453/2019 (T), AT4-001398/2019 (T), G.500.02.04.00.00.19-1014 (T), 201904983/2019 (T), G.500.02.04.00.00.19-1068 (T).

Av. Hidalgo 77, Col. Guerrero, 06300, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. (55) 5802 2549
sat.gob.mx / MarcaSAT 01 (55) 627 22 728

432

ANEXO DEL OFICIO 500-02-04-2019- 26841
EXP. REQ.136/2019

OFICIO: FGR/UEAF/0566-19
AVERIGUACIÓN PREVIA AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015.

CONTRIBUYENTE:

██████████ con R.F.C. ██████████



RCV*EC*53
Vol. AFP44715/2019 (T) y CAT-4453/2019 (T), AT4-001398/2019 (T), G.500.02.04.00.00.19-1014 (T), 201904983/2019 (T), G.500.02.04.00.00.19-1068 (T).

Av. Hidalgo 77, Col. Guerrero, 06300, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. (55) 5802 2549
sat.gob.mx / MarcaSAT 01 (55) 627 22 728





433
433

OFICIO 500-02-04-2019-26844
FECHA: 13/08/2019

REMITENTE:

[Redacted]

ADMINISTRADOR CENTRAL DE ANÁLISIS TÉCNICO
FISCAL DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DE
AUDITORÍA FISCAL FEDERAL

AV. HIDALGO N° 77, MOD. II, PLANTA BAJA,
COL. GUERRERO, DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC,
C.P. 06300 - CIUDAD DE MÉXICO.

Sobre cerrado

[Redacted]

14:00

DESTINATARIO:

LICENCIADA

[Redacted]

DIRECTORA GENERAL ADJUNTA DE LA UNIDAD
ESPECIALIZADA EN ANÁLISIS FINANCIERO DE LA
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

AVENIDA INSURGENTES, NO. 20 DE LA GLORIETA
DE INSURTENTES, COLONIA ROMA NORTE,
DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC, CIUDAD DE
MEXICO, C.P. 06700.

EXP. 136/2019

A.P: AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015.

SRJ

434

EG

Oficio 500-05-08-2019-18252

Asunto: Se atiende solicitud de información.

Ciudad de México, 24 de julio de 2019.
2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata.

Administrador de Análisis Técnico Fiscal "4" de la
Administración Central de Análisis Técnico Fiscal
Presente

En atención al oficio número [redacted] de fecha 10 de julio de 2019, donde nos refiere el requerimiento formulado por la Policía Federal Ministerial de la Fiscalía General de la Republica, recibido en esta unidad administrativa el día 10 de julio del presente año, para que le sea comunicado si al contribuyente citado en el anexo adjunto del oficio de referencia, se le ha iniciado el procedimiento establecido en el artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación y en caso afirmativo se informe el supuesto por el cual fue publicado, remitiendo copia certificada del expediente.

Por lo anterior, se realizó la consulta a las bases de datos con las que cuenta esta unidad administrativa, de las que se conoció que, del contribuyente del cual solicita información, no se le ha iniciado el procedimiento establecido en el artículo 69-B del Código Fiscal de la Federación.

La presente información y documentación se encuentra clasificada como reservada y confidencial de conformidad con los artículos 113, fracción VI y 116, tercer párrafo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 110, fracción VI y 113, fracción II de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en correlación con el artículo 69 del Código Fiscal de la Federación.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente,

[redacted signature]

Administradora de Fiscalización Estratégica "7"
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
ESTADO DE QUERÉTARO
QUERÉTARO

JCMG

09:49

P.19-1014

435
1 Sobre Gerardo

Oficio: [Redacted]
Exp. [Redacted]

Asunto: Se comunica resultado de solicitud de información.

Cu 10.05
31 JUL. 2019

Ciudad de México, 29 de julio de 2019,
2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata.

RECIBIDO
Administración de Análisis Técnico
1200

Administrador Central de Análisis Técnico Fiscal.
Administración General de Auditoría Fiscal Federal.
Av. Hidalgo No. 77, Modulo II, Piso 2, Col. Guerrero,
C.P. 06300, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Presente.

[Redacted Box]

16812
4
EAT

En atención al oficio No [Redacted] 9 [Redacted] fecha 29 de julio de 2019, recibido en esta Administración Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "I", con sede en la Ciudad de México, vía correo electrónico el 23 de julio del mismo año, en relación al oficio 500-02-2019-17579 de fecha 11 de julio de 2019, de la Administración Central de Análisis Técnico Fiscal, mediante el cual solicita diversa información.

Sobre el particular, esta Subadministración Desconcentrada dependiente de la Administración Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "I" con sede en la Ciudad de México, con fundamento en los en los artículos 14, 16 y 31, fracción IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 38 del Código Fiscal de la Federación vigente; así como los artículos 1, 2, 3, 4, 7, párrafo primero, fracciones I, IV, VII, XI y XVIII, 8, párrafo primero, fracción III, Primero, Segundo, Tercero y Cuarto Transitorios de la Ley del Servicio de Administración Tributaria, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de diciembre de 1995, vigente a partir del 1 de julio de 1997 y modificada mediante Decretos publicados en el mismo órgano oficial de difusión el 4 de enero de 1999, 12 de junio de 2003, 6 de mayo de 2009, 9 de abril de 2012, 17 de diciembre de 2015 y 4 de diciembre de 2018, vigentes a partir del día siguiente al de su publicación; artículos 1, 2, párrafo primero, apartado C, 5, párrafo tercero, 6, párrafo primero, apartado A, fracción XXXII, inciso a), en lo relativo a la Administración Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "I", con Sede en la Ciudad de México, artículo 15, párrafo primero, fracciones I, II y III, en relación con los artículos 11, párrafo primero, fracciones XII, XIII, XV, XXII, XXIII, y XXV y 12, párrafo primero, fracciones II, IX, XV, XX, XXII, XXIV, XXVI, XL, y XLII; artículo 18, párrafo primero, fracción II y último párrafo, en relación con el artículo 16, párrafo primero, fracciones V, VI, VII, VIII, X, XI, XIII, XIV, XV, XVI, XIX, XX, XXII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLIII, XLVIII, XLIX, L, LI, LII y párrafo tercero, numeral 9; Inciso a) Primero, Segundo y Tercero Transitorios todos del "Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 2015, que inició su vigencia en un plazo de noventa días naturales siguientes a su publicación en el mencionado órgano oficial de difusión, esto es, el 22 de noviembre de 2015, de conformidad con el Transitorio Primero, párrafo primero, salvo lo dispuesto en sus fracciones I, II y III del citado Transitorio del Reglamento; artículo primero, fracción V, incisos a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), t), u), v), w), x), y) y z) del "Acuerdo mediante el cual se delegan diversas atribuciones a los servidores públicos del Servicio de Administración Tributaria", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2016, que entra en vigor al mes siguiente de su publicación en el mencionado órgano oficial de difusión de conformidad con el Transitorio Primero y de conformidad con el artículo Décimo Cuarto Transitorio del "Decreto por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016, todas las referencias que en los ordenamientos jurídicos se hagan al Distrito Federal, deberán entenderse hechas a la Ciudad de México.

Oficio: [REDACTED]
Exp. [REDACTED]

No omito señalar que este documento, así como los que de él se generen, forman parte de un expediente clasificado como reservado y confidencial, con fundamento en los artículos 24 fracción VI, 113 fracción VI y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los artículos 11 fracción VI, 110 fracción VI y 113 fracción II de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y su divulgación injustificada a terceros por parte de quien tenga conocimiento de esta información, puede ser causa de responsabilidad administrativa en términos de lo previsto por el artículo 186 fracción IV, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en relación con el artículo 206 fracción IV y SEGUNDO Transitorio de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

El servidor público que quebrante la reserva de actuaciones o proporcione copias de ella o de los documentos obtenidos, estará sujeto a las responsabilidades administrativas y penales que corresponda; de conformidad con la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, el Código Penal Federal y demás disposiciones aplicables.

Sin otro particular por el momento aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Se anexa sobre cerrado (03 hojas)

ATENTAMENTE

[REDACTED]

Subadministrador Desconcentrado de Recaudación de la Administración Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "1", con sede en la Ciudad de México.

FISCALÍA DEL
UNIDAD ESPE
Y LITISA

C.c.p.- Lic. Omar Montiel Tapia. - Subadministrador de Diseño de Formas Oficiales. - Av. Paseo de la Reforma N°. 10, Torre Caballito, Piso 18, Col. Tabacalera, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. - Para conocimiento. Se anexa (01 hoja).

SATC

Bahía de Santa Bárbara No.23. Col. Verónica Anzures, Alcaldía Miguel Hidalgo, 11300, Ciudad de México. Correo Electrónico
Tel. 9138-3500 Ext. 43545 / sat.gob.mx / MarcaSAT 01 (55) 627 22 728



436

Oficio: [REDACTED]
Exp. SAT- [REDACTED]

Relación con la información del contribuyente que se adjunta como resultado de la búsqueda de lo requerido.

Nombre o Razón Social	Descripción
1. [REDACTED]	Derivado del análisis y búsqueda efectuada en el Sistema de Declaraciones y Pagos (DyP) y Cuenta Única WEB (CU WEB), se obtuvo como resultado lo siguiente: No se localizaron las declaraciones de los ejercicios 2012 a 2016 ... <ul style="list-style-type: none"> • Anuales • Pagos provisionales del Impuesto Sobre la Renta e Impuesto Empresarial a Tasa Única. • Pagos mensuales del Impuesto al Valor Agregado y retenciones del Impuesto Sobre la Renta. • Declaración Informativa de Operaciones con Terceros • Declaración Informativa Múltiple • Declaración Informativa Múltiple por Tercero Declarado • Declaración de Notarios (DECLARANOT)

2. Finalmente, se emiten copias certificadas de las pantallas de consulta de la información relacionada anteriormente correspondiente al contribuyente [REDACTED] con RFC [REDACTED]

Lo anterior, se hace de su conocimiento para los efectos que considere pertinentes.

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN FISCAL
MÓDULO PARA EL CASO
MOTIVADA

LAWS/SLC



437

Presentación de la declaración Monitor de Declaraciones

Resultado de la Búsqueda

* Documento	Consulta Declaración	* Declaración	Del E. 110/110	▼
* RFC	██████████	Tipo de Declaración		▼
Periodicidad		* Ejercicio	2012	▼
Período		Línea de Captura		
Fecha de Presentación				
No. de Operación				

Los datos ingresados no coinciden con los datos de la base de datos

Cancelar

Presentación de la declaración Monitor de Declaraciones

Resultado de la Búsqueda

* Documento	Consulta Declaración	* Declaración	Del E. 110/110	▼
* RFC	██████████	Tipo de Declaración		▼
Periodicidad		* Ejercicio	2011	▼
Período		Línea de Captura		
Fecha de Presentación				
No. de Operación				

Los datos ingresados no coinciden con los datos de la base de datos

Cancelar

Presentación de la declaración Monitor de Declaraciones

Resultado de la Búsqueda

* Documento	Consulta Declaración	* Declaración	Del E. 110/110	▼
* RFC	██████████	Tipo de Declaración		▼
Periodicidad		* Ejercicio	2011	▼
Período		Línea de Captura		
Fecha de Presentación				
No. de Operación				

Los datos ingresados no coinciden con los datos de la base de datos

Cancelar

JURADO DE LA REPUBLICA
 JEFATURA FEDERAL DE INVESTIGACIONES
 FEDERAL PARA EL CASO
 OAXACA

29 JUL. 2019

Resultado de la Búsqueda

Documento Consulta Declaración
RFC
Periodicidad
Período
Fecha de Presentación
No. de Operación

Declaración
Tipo de Declaración
Ejercicio
Línea de Captura

El dato ingresado no retornan ningún resultado.

Cancelar

Resultado de la Búsqueda

Documento Consulta Declaración
RFC
Periodicidad
Período
Fecha de Presentación
No. de Operación

Declaración
Tipo de Declaración
Ejercicio
Línea de Captura

El dato ingresado no retornan ningún resultado.

Cancelar

Resultado de la Búsqueda

Documento Consulta Declaración
RFC
Periodicidad
Período
Fecha de Presentación
No. de Operación

Declaración
Tipo de Declaración
Ejercicio
Línea de Captura

El dato ingresado no retornan ningún resultado.

Cancelar

29 J

ESTADO DE GUATEMALA
UNIDAD DE
FISCALIA

438

Presentación de la declaración Monitor de Declaraciones

Resultado de la Búsqueda

* Documento: Consulta Declaración

* RFC: [REDACTED]

Periodicidad: [v]

Periodo: [v]

Fecha de Presentación:

No. de Operación:

* Declaración: Provincia de Veracruz - Veracruz

Tipo de Declaración: [v]

* Ejercicio: 2015 [v]

Línea de Captura:

Cancelar

Presentación de la declaración Monitor de Declaraciones

Resultado de la Búsqueda

* Documento: Consulta Declaración

* RFC: [REDACTED]

Periodicidad: [v]

Periodo: [v]

Fecha de Presentación:

No. de Operación:

* Declaración: Provincia de Veracruz - Veracruz

Tipo de Declaración: [v]

* Ejercicio: 2015 [v]

Línea de Captura:

Cancelar

Presentación de la declaración Monitor de Declaraciones

Resultado de la Búsqueda

* Documento: Consulta Declaración

* RFC: [REDACTED]

Periodicidad: [v]

Periodo: [v]

Fecha de Presentación:

No. de Operación:

* Declaración: Provincia de Veracruz - Veracruz

Tipo de Declaración: [v]

* Ejercicio: 2015 [v]

Línea de Captura:

Cancelar

Resultado de la Búsqueda

* Documento: Consulta Declaración
* Declaración: Sistema de Declaración de Impuestos Personales
RFC: [REDACTED]
Tipo de Declaración:
Periodicidad:
Período: 2016
Fecha de Presentación:
No. de Operación:
Línea de Crédito:

1.1. Buscar por: RFC CURP No. Operación

Cancelar

SAT Nueva Esquema de Pagos y Declaraciones

NO EXISTEN CONTRIBUYENTES QUE CUMPLAN CON EL CRITERIO DE CONSULTA

Tipo de Persona: Moral Física Tipo de Búsqueda: RFC CURP Tipo de Consulta: Período Impuesto
Tipo de Operación: [12] Todas RFC: [REDACTED]
[Buscar]

SAT Declaraciones Informativas

NO EXISTEN CONTRIBUYENTES QUE CUMPLAN CON EL CRITERIO DE CONSULTA

Tipo de Persona: Moral Física Tipo de Búsqueda: RFC CURP No. OPER. RFC: [REDACTED]
Nombre: [REDACTED] Tipo de Declaración: [13] Declaración DIOT
Apellido Paterno: [REDACTED] Apellido Materno: [REDACTED]
[Buscar]

29

439

SAT Declaraciones Informativas

NO EXISTEN CONTRIBUYENTES QUE CUMPLAN CON EL CRITERIO DE CONSULTA

00

Tipo de Persona: Moral Fisica Tipo de Búsqueda: RFC CURP No.OPER IMPUTADO RFC: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED] Tipo de Declaración: [1] Declaración Informativa Múltiple

Apellido Paterno: [REDACTED] Apellido Materno: [REDACTED]

SAT Consulta por Tercero Declarado

NO EXISTEN CONTRIBUYENTES QUE CUMPLAN CON EL CRITERIO DE CONSULTA

00

Tipo de Persona: Moral Fisica Tipo de Búsqueda: RFC CURP RFC: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED] Tipo de Declaración: [1] Declaración Informativa Múltiple

Apellido Paterno: [REDACTED] Apellido Materno: [REDACTED]

SAT Declaraciones Informativas

NO EXISTEN CONTRIBUYENTES QUE CUMPLAN CON EL CRITERIO DE CONSULTA

00

LA REPUBLICA
DE GUATEMALA
PARA EL CASO
FINAPA

Tipo de Persona: Moral Fisica Tipo de Búsqueda: RFC CURP No.OPER RFC: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED] Tipo de Declaración: [12] Declaración de Notarios

Apellido Paterno: [REDACTED] Apellido Materno: [REDACTED]

Administradora Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "1", con fundamento en los artículos 63, cuarto párrafo, del Código Fiscal de la Federación; 14, fracción II en relación con el 12, fracción XXIV, y 16, tercer párrafo, numeral 9 del Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria vigente, CERTIFICO:

Que la presente representación impresa, que consta de **03 hojas**, de las pantallas de consulta del Sistema de Declaraciones y Pagos (DyP) y Cuenta Única WEB (CU WEB), del contribuyente [REDACTED] con [REDACTED], mismo que se tuvo a la vista. La presente certificación se expide en Ciudad de México a los **29** días del mes de **julio** del año 2019.

Administradora Desconcentrada de Recaudación de Distrito Federal "1".

En suplencia por ausencia de la Administradora Desconcentrada de Recaudación de Distrito Federal "1", con sede en la Ciudad de México, con fundamento en los artículos 4, quinto párrafo, 6, párrafo primero, apartado A, fracción XXXII, inciso a), en lo relativo a la Administración Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "1", con sede en la Ciudad de México, y el artículo 16, tercer párrafo, numeral 9, inciso a) y artículo 18, último párrafo del Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria vigente, firma el Subadministrador Desconcentrado de Recaudación de la Administración Desconcentrada de Recaudación del Distrito Federal "1".

29 JUL. 2019

SVC



440

ACUERDO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS.

--- En la Ciudad de México, siendo el día diecinueve de agosto de dos mil diecinueve, el suscrito licenciado [REDACTED] Agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, quien actúa en forma legal con dos testigos de asistencia de conformidad con lo establecido por el artículo 16 párrafo primero del Código Federal de Procedimientos Penales, con quienes al final firman y dan fe: -----

HACE CONSTAR

--- Que en la fecha anteriormente señalada se tuvo por recibido la volanta de correspondencia con número de [REDACTED] de diecinueve de agosto del año en curso, dirigida al suscrito licenciado [REDACTED]

[REDACTED] Agente del Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, mediante el cual remiten el oficio con número de [REDACTED] de dieciséis de agosto del año en curso, suscrito por el doctor [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], presidente municipal de Iguala de la Independencia, mediante el cual remite copia certificada de los registros del libro de inhumaciones que se lleva respecto del antiguo panteón municipal de Iguala y copia simple de las constancias de los panteones identificados como panteón municipal antiguo, primera ampliación panteón municipal y segunda ampliación panteón municipal, por lo que con fundamento en los artículos 14, 16, 21 y 102 apartado "B" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 fracción I, 2 fracciones I, II, 3 fracciones II y IV, 15, 16, 17, 18, 180, 181, 206 y demás aplicables del Código Federal de Procedimientos Penales; 1,4 14, 24 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República; Acuerdos, por lo que desde luego es de acordarse y se acuerda: -----

ACUERDA

--- PRIMERO.- Se da fe de tener a la vista el oficio con número de folio PM/451/2019 de dieciséis de agosto del año en curso, suscrito por el [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], presidente municipal de Iguala de la Independencia, mediante el cual remite copia certificada de los registros del libro de inhumaciones que se lleva respecto del antiguo panteón municipal de Iguala y copia simple de las constancias de los panteones identificados como panteón municipal antiguo, primera ampliación panteón municipal y segunda ampliación panteón municipal. -----

--- SEGUNDO.- Agréguese los documentos antes descritos a la indagatoria de mérito con la finalidad que surtan los efectos legales que correspondan -----

CÚMPLASE

ASÍ LO ACORDÓ Y FIRMA EL LICENCIADO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN ADSCRITO A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA, QUIEN ACTÚA EN FORMA LEGAL CON DOS TESTIGOS DE ASISTENCIA QUE AL FINAL FIRMAN Y DAN FE -----

DAMOS FE

[REDACTED]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[REDACTED]

[REDACTED]

OFICIOS RECIBIDOS



FGR

441
LFF
UEILCA

Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa

462

Id: 10434
Número: PM/451/2019
Fecha: 16/08/2019 Fecha del turno: 19/08/2019
Fecha del término: Fecha de devolución:
Turnado a: [REDACTED]
Status: SEGUIMIENTO
Quién remite: [REDACTED]

Asunto: PROCEDENCIA: H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO. EN RELACIÓN AL OFICIO FGR/FEMDH/UEILCA/20/2019, MEDIANTE EL CUAL SE SOLICITA INFORMACIÓN RELATIVA A LOS PANTEONES DE ESE MUNICIPIO. AL RESPECTO REMITE COPIAS CERTIFICADAS DE LAS INHUMACIONES DEL PANATEON ANTIGUO MUNICIPAL (ANEXO UNO). ASÍ COMO INFORMACIÓN DEL PANATEON MUNICIPAL ANTIGUO PRIMERA Y SEGUNDA AMPLIACION. (ANEXO 2)

Observaciones:

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
H. Ayuntamiento Municipal Constitucional
Presidencia Municipal
2019, año del Caudillo del sur "Emiliano Zapata"
H. Ayuntamiento Municipal Constitucional
Presidencia Municipal
JUNTOS
Haremos Historia
2019, año del Caudillo del sur "Emiliano Zapata"
NÚMERO DE OFICIO: PM/451/2019
ASUNTO: Informe 10434
Iguala de la Independencia, Guerrero; 16 de Agosto de 2019.
AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL
ADSCRITA A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA DE LA FISCALÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA.
PRESENTE
Nestor E. Gtz
16/08/2019

En atención a su oficio número FGR/FEMDH/UEILCA/020/2019, de fecha 12 de Agosto 2019, derivado de la averiguación previa AP/PGR/SDHPDSC/O/001/2015, le informo lo siguiente:

En primer término; cabe señalar que a efecto de asistirle en el desarrollo de su actividad preclada en el oficio de cuenta, tuve a bien comisionar a los CC. [REDACTED] en su carácter de Segundo Síndico Procurador Municipal, a [REDACTED] en su encargo como Secretario de Gobierno, al [REDACTED] Santana en su carácter de Director Jurídico y Consultivo Municipal, así como al [REDACTED] Contreras en su carácter de Encargado de Despacho de la Dirección de Panteones de este Municipio, a efecto de que en mi representación le brindarían las facilidades necesarias para llevar a cabo la inspección que solicita de los libros y documentos relativos en los cementerios de esta ciudad.

Ahora bien, con relación a su requerimiento de proporcionarle copias certificadas de las documentales a que hace referencia en su oficio de cuenta, al respecto me permito remitirle por esta conducto, copias debidamente certificadas del libro de registro de inhumaciones que se lleva en el Panteón Antiguo Municipal de esta ciudad (Anexo Uno).

442



H. Ayuntamiento Municipal Constitucional
Presidencia Municipal



2019, año del Caudillo del sur "Emiliano Zapata"

NÚMERO DE OFICIO: PM/451/2019
ASUNTO: Informe

10434

Iguala de la Independencia, Guerrero; 16 de Agosto de 2019.

[Redacted]

**AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO FEDERAL
ADSCRITA A LA UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACION
Y LITIGACION PARA EL CASO AYOTZINAPA DE LA FISCALIA
GENERAL DE LA REPUBLICA.
P R E S E N T E.**

[Redacted]



En atención a su oficio número FGR/FEMDH/UEILCA/020/2019, de fecha 12 de Agosto 2019, derivado de la averiguación previa AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015, le informo lo siguiente:

UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
Y LITIGACIÓN PARA EL CASO

En primer término, cabe señalar que a efecto de asistirle en el desarrollo de su actividad precisada en el oficio de cuenta, tuve a bien comisionar a los CC. [Redacted] [Redacted] [Redacted] en su carácter de Segundo Síndico Procurador Municipal, al [Redacted] [Redacted] [Redacted] en su encargo como Secretario de Gobierno, al [Redacted] [Redacted] [Redacted] en su carácter de Director Jurídico y Consultivo Municipal, así como al [Redacted] [Redacted] [Redacted] en su carácter de Encargado de Despacho de la Dirección de Panteones de este Municipio, a efecto de que en mi representación le brindaran las facilidades necesarias para llevar a cabo la inspección que solicita de los libros y documentos relativos en los cementerios de esta ciudad.

Ahora bien; con relación a su requerimiento de proporcionarle copias certificadas de las documentales a que hace referencia en su oficio de cuenta, al respecto me permito remitirle por este conducto, copias debidamente certificadas del libro de registro de inhumaciones que se lleva en el Panteón Antiguo Municipal de esta ciudad (Anexo Uno).



H. Ayuntamiento Municipal Constitucional
Presidencia Municipal



2019, año del Caudillo del sur "Emiliano Zapata"

Asimismo; por lo que respecta a las documentales y/o registros relativos a los panteones identificados como Panteón Municipal Antiguo, Primera Ampliación Panteón Municipal y Segunda Ampliación Panteón Municipal que se encuentran administrados por este Municipio; me permito remitirle copias simples de los registros y documentos que obran en los archivos de dichos cementerios, lo anterior en razón de que, el suscrito no cuento con los originales o copias certificadas de las cuales se pueda generar la copia certificada que requiere; toda vez que, las documentales originales en su momento le son devueltas a los interesados, y en los referidos archivos únicamente obran copias simples de los documentos, mismos que al efecto me permito remitirle y describir de conformidad con el Anexo Dos del presente oficio.

Por lo que respecta a las documentales y/o registros relativos a los cementerios identificados como [redacted] al respecto le manifiesto mi imposibilidad material para expedirle copia simple o certificada alguna toda vez que la administración y operación de dichos cementerios no depende de este Municipio.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL

PRE
20



PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL



**ACTA DE INSTALACION DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO
2018-2021**

En la ciudad de Iguala de la Independencia, Estado de Guerrero, siendo las dieciocho horas con trece minutos del día treinta de septiembre del año 2018, reunidos en la Cancha Techada de Basquetbol de la Ciudad Deportiva, ubicada en el Boulevard Heroico Colegio Militar s/n de esta ciudad, declarada con anterioridad Recinto Oficial para llevar a cabo la **INSTALACIÓN Y TOMA DE PROTESTA DEL NUEVO AYUNTAMIENTO MUNICIPAL** de la ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero; que funcionará del treinta de septiembre del año dos mil dieciocho a veintinueve de septiembre del año dos mil veintiuno, con la asistencia de autoridades Civiles Militares e Invitados Especiales para el acto instalación y toma de protesta al nuevo Ayuntamiento en esta **Sesión Pública y Solemne**, misma que se desarrollará bajo el siguiente orden del día: 1.- Pase de Lista y Declaratoria de Quórum legal.- 2.- Declaratoria de Instalación de la Sesión Solemne. 3.- Toma de Protesta a los nuevos Integrantes del Honorable Ayuntamiento.- 4.- Declaratoria de Instalación del Honorable Ayuntamiento para el Periodo 2018-2021.- 5.- Honores a la Bandera e Interpretación del Himno Nacional e Himno a Guerrero.- 6.- Intervención del C. Presidente Municipal Constitucional, [REDACTED] para dar lectura a las bases del programa de trabajo que desarrollará el Honorable Ayuntamiento durante el periodo de su gestión.- 7.- Clausura de la Sesión.- En desahogo de los puntos encargados de Despacho de la Secretaría de Gobierno Municipal procedió a pasar lista con asistencia de los Ediles entrantes: C. Antonio Salvador Jaimes Herrera, Presidente Municipal Constitucional, Paula Sánchez Jiménez, Primer Síndico Procurador; Frumencio Ramírez Cardona, Segundo Síndico Procurador; y los Regidores: [REDACTED] Flores, José Cirilo Olivares Medinas, Rosalía Gamboa Pérez, Eivía Alicia López Toral, Edgar Fidencio Peralta Sánchez, Tania Fabiola Jiménez Mastache, Nancy Lorena Soto Álamo, Eudocio Rojo Chávez, Rosalva Carreón Vargas, Paloma Ramírez Vargas, María Félix Román Santana y Ma. del Rosario Fátima Moreno Dorantes.- Informando al Encargado de Despacho de la Secretaría de Gobierno Municipal que hay asistencia completa de Ediles.- Por lo que se declara Quórum Legal para la Apertura de la Sesión.- A continuación se procede a pasar al SEGUNDO PUNTO del orden del día, para lo cual el C. Antonio Salvador Jaimes Herrera, Declara la Apertura e Instalación de la **SESIÓN PÚBLICA Y SOLEMNE** de conformidad con lo dispuesto por el artículo 55 fracción II de la Ley Orgánica del Municipio Libre del Estado de Guerrero.- Teniendo la asistencia de los siguientes invitados: Ing. Félix Salgado Macedonio, Senador de la República; Ing. Antonio Helguera Jiménez, Diputado del Congreso del Estado de Guerrero; [REDACTED] representante del Poder Ejecutivo Estatal; Dr. [REDACTED] Diputado Federal; [REDACTED]s, Representante del poder Legislativo del Estado, igualmente manifiesta que se encuentra presentes el [REDACTED] Presidente Municipal saliente de nuestro Municipio juntamente con sus Síndicos y Regidores.- Continuando con el desahogo del PUNTO NÚMERO TRES y de conformidad a lo dispuesto por el Artículo 176 de nuestra Constitución Política del Estado, 36 y 37 de la de la Ley Orgánica del



EL CIUDADANO LIC. FERNANDO ÁVILA OCAMPO, SECRETARIO DE GOBIERNO DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO. -----

CERTIFICA

QUE EL PRESENTE DOCUMENTO, ES COPIA FIEL TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE TUVE A LA VISTA Y COTEJÉ; LO ANTERIOR, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 98 FRACCIONES VII Y IX DE LA LEY ORGÁNICA DEL MUNICIPIO LIBRE EN VIGOR; PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; A LOS TRECE DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL Diecinueve.

ATENTAMENTE

EL SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA
SECRETARIA
GOBIERNO MUNICIPAL
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS



(733) 33 396 00 Ext. 152



secretaria.gobierno@iguala.gob.mx



PALACIO MUNICIPAL

Av. Vicente Guerrero No. 1.

Col. Centro: Iguala, Gro. C.P. 40000

445



Municipio Libre del Estado de Guerrero, se procede a tomar la protesta de ley, por lo cual el Antonio Salvador Jaimes Herrera pide a los Síndicos, Regidores y público asistente ponerse de pie, y cede respetuosamente el uso de la palabra al Ciudadano Diputado

En uso de la palabra el Diputado expresa: Ciudadanos Presidente, Síndicos y Regidores del Honorable Ayuntamiento de Iguala de la Independencia, Guerrero, para el Ejercicio Constitucional 2018-2021 ¿PROTESTAN GUARDAR Y HACER GUARDAR LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, LA DEL ESTADO, LAS LEYES QUE DE UNA Y OTRA EMANEN Y CUMPLIR FIEL Y PATRIÓTICAMENTE CON LOS DEBERES DE SU ENCARGO? los interpelados contestaron ¡SI, PROTESTAMOS! si no lo hicieren así, que el Municipio y el Estado se los demande.- Hecho lo anterior, y una vez realizada la toma de Protesta se procede a pasar al PUNTO NUMERO CUATRO de la orden del día, para lo cual el C.

Presidente Municipal Constitucional, declara textualmente: QUEDA LEGÍTIMAMENTE INSTALADO EL HONORABLE AYUNTAMIENTO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, ESTADO DE GUERRERO PARA EL PERÍODO 2018-2021.- En el desarrollo del PUNTO CINCO de la Orden del Día, se procede a realizar los Honores a la Bandera y a entonar por todos los presentes el Himno Nacional Mexicano e Himno a Guerrero.- Hecho lo anterior y continuando con el desarrollo de la sesión se pasa al PUNTO NUMERO SEIS, por lo que el C. Antonio Salvador Jaimes Herrera, en su carácter de Presidente Municipal Constitucional, y en acatamiento a lo dispuesto por el Artículo 38 de la Ley Orgánica del Municipio Libre, da lectura a las bases de su programa de gobierno que desarrollará durante su gestión.- Continuando con la orden del día, y una vez que se ha dado cumplimiento al punto anterior, relativo a la lectura de las bases del programa de trabajo, se pasa al PUNTO NUMERO SIETE de la Sesión. Finalmente, y en desahogo del último punto de la Orden del Día se solicita de manera respetuosa y se cede el uso de la palabra al C. Diputado Presidente del Congreso Local Pablo Amílcar Sandoval Ballesteros, para que dé un mensaje, y posteriormente proceda a la Clausura de la Sesión Solemne, lo cual realiza, siendo las diecinueve horas con treinta minutos del día treinta de septiembre del año dos mil quince, y firmando los integrantes del nuevo Ayuntamiento Municipal para debida constancia legal del acto.-

El Presidente Municipal Constitucional

[Redacted signature]

DR. [Redacted signature]
Primer Síndico Procurador

[Redacted signature]
Segundo Síndico Procurador



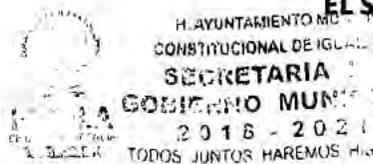
EL CIUDADANO [REDACTED] SECRETARIO DE GOBIERNO
DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA
DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO. -----

CERTIFICA

QUE EL PRESENTE DOCUMENTO, ES COPIA FIE TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE
TUVE A LA VISTA Y COTEJÉ; LO ANTERIOR, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO
98 FRACCIONES VII Y IX DE LA LEY ORGÁNICA DEL MUNICIPIO LIBRE EN VIGOR;
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES A QUE HAYA LUGAR, EN LA
CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; A LOS TRECE DÍAS
DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE.

ATENTAMENTE

EL SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL



(733) 33 396 00 Ext. 152



secretaria.gobierno@iguala.gob.mx



PALACIO MUNICIPAL

Av. Vicente Guerrero No. 1.

Col. Centro: Iguala, Gro. C.P. 40000

ACTA DE INSTALACION DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO
2018-2021



[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]

REGIDOR

[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]

REGIDOR

[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]

REGIDORA

REPUBLICA
COAHUILA DE ZARAGOZA
SECRETARÍA DE GOBIERNO
ESTADO

[Redacted]

REGIDOR

[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]

REGIDORA

[Redacted]



EL CIUDADANO LIC. FERNANDO ÁVILA OCAMPO, SECRETARIO DE GOBIERNO DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO. -----

CERTIFICA

QUE EL PRESENTE DOCUMENTO, ES COPIA FIEL TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE TUVE A LA VISTA Y COTEJÉ; LO ANTERIOR, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 98 FRACCIONES VII Y IX DE LA LEY ORGÁNICA DEL MUNICIPIO LIBRE EN VIGOR; PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; A LOS TRECE DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL Diecinueve.

ATENTAMENTE
EL SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
**SECRETARÍA DE
GOBIERNO MUNICIPAL**
2018
TODOS JUNTOS HACEMOS



(733) 33 396 00 Ext. 152

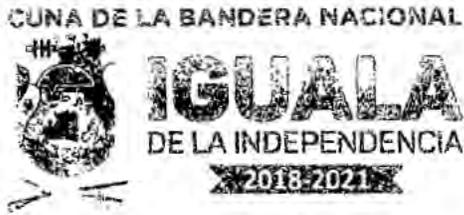


secretaria.gobierno@iguala.gob.mx



PALACIO MUNICIPAL
Av. Vicente Guerrero No. 1.
Col. Centro; Iguala, Gro. C.P. 40000

447



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL

PRESIDENCIA

JODOS JUNTOS
Haremos Historia

ASUNTO: NOMBRAMIENTO

Iguala de la Independencia, Gro., 1o de octubre del 2018.

[Redacted]

PRESENTE

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 115 fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 178 fracción XIV de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero; 29 fracción I y 73 fracción IX de la Ley Orgánica del Municipio Libre del Estado de Guerrero; he tenido a bien designarlo como:

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

Debiendo desempeñar dicho cargo, con sujeción estricta a la Ley Orgánica del Municipio Libre, y demás disposiciones de carácter legal propias de su responsabilidad.

RECIBIDO EN EL CASO
MUNICIPAL

*Recibido Original
20/10/18*

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL



(733) 33 396 00 Ext. 150



PALACIO MUNICIPAL

Av. Vicente Guerrero No. 1,

Col. Centro, Iguala, Gro. C.F. 49000



presidencia@iguale.gob.mx



EL CIUDADANO [REDACTED], SECRETARIO DE GOBIERNO DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO. -----

CERTIFICA

QUE EL PRESENTE DOCUMENTO, ES COPIA FIEL TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE TUVE A LA VISTA Y COTEJÉ; LO ANTERIOR, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 98 FRACCIONES VII Y IX DE LA LEY ORGÁNICA DEL MUNICIPIO LIBRE EN VIGOR; PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; A LOS CATORCE DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL Diecinueve.

ATENTAMENTE

EL SE
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA
2018 - 2021
GOBIERNO MUNICIPAL
SECRETARÍA DE
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL



(733) 33 396 00 Ext. 152



secretaria.gobierno@iguala.gob.mx



PALACIO MUNICIPAL

Av. Vicente Guerrero No. 1,
Col. Centro, Iguala, Gro C.P. 40000



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL

PRESIDENCIA



Asunto: **Nombramiento.**

Iguala de la Independencia, Gro., a 1° de Octubre del 2018.

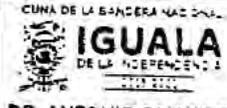
[Redacted]

PRESENTE

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 115 Fracción III inciso H de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 91 Fracción XIX de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero; 29 Fracción IV, 33 y 73 Fracción IV y X de la Ley Orgánica del Municipio Libre del Estado de Guerrero; he tenido a bien designarlo como:

DIRECTOR JURÍDICO Y CONSULTIVO

Debiendo desempeñar dicho cargo, con sujeción estricta a la Ley Orgánica del Municipio Libre, y demás disposiciones de carácter legal propias de su responsabilidad.



ATENTAMENTE


PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL

 (733) 33 396 00 Ext. 150
 presidencia@iguala.gob.mx

 **PALACIO MUNICIPAL**
 Av. Vicente Guerrero No. 1,
 Col. Centro; Iguala, Gro. C.P. 40000



EL CIUDADANO [REDACTED], SECRETARIO DE GOBIERNO DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO. -----

CERTIFICA

QUE EL PRESENTE DOCUMENTO, ES COPIA FIEL TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE TUVE A LA VISTA Y COTEJÉ; LO ANTERIOR, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 98 FRACCIONES VII Y IX DE LA LEY ORGÁNICA DEL MUNICIPIO LIBRE EN VIGOR; PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; A LOS CATORCE DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL Diecinueve.

ATENTAMENTE

EL SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL
SECRETARÍA DE GOBIERNO
2019
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

[REDACTED]



(733) 33 396 00 Ext. 152



secretaria.gobierno@iguala.gob.mx



PALACIO MUNICIPAL

Av. Vicente Guerrero No. 1,

Col. Centro: Iguala, Gro. C.P. 40000

ANEXO 1

AL DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACIONES
 PARA EL CASO
 DE TEINAPA

JULIO - 2015.

NO M B R E

fecha.

1- 1 2
2 1 3
3 1 5
4 1 6
5 1 6 10
6 1 7
7 1 8
8 1 9
9- 2 0
10 3 0
11 2 1
12 2 1
13 2 1
14 2 1
15 2 2
16 2 2
17 2 2
18 2 2
19 2 2
20 2 2
21 2 2
22 2 2
23 2 2
24 2 2
25 3 0
26 3 0

Permiso Provisional	Acta Def. Inhum.	Fune
4º 21228	X	Rueda
1º cenizas	X	Rueda
1º	X	Rueda
1º 616	X	Rueda
2º 810	X	Rueda
2º 240	X	Rueda
1º	X	Memorandum.
4º	X	Uriostegui
1º 1220	X	Rueda
2º 720	X	Rueda
3º 1103	X	Rueda
es 4º 2020	Memorandum.	
FOSA.COMUN	Memorandum.	
4º 2291	X	Rueda
2º 1762	X	
2º 2211	X	
3º 1249	X	
1º	X	
1º 1138	X	
2º 432	X	
3º 01225	X	
2º 0942	X	
3º 989	Memorandum.	
2º 59	Memorandum	
2º 941	Act	X

Graduado
Hoyano
Señor.

AGOSTO-2015

Clase P. Provisional

Documentación Completa

Fune

2

- 1-2
- 2-2
- 3-2
- 4-3
- 5-5
- 6-5
- 7-6
- 8-7
- 9-8
- 10-9
- 11-9
- 12-12
- 13-12
- 14-13
- 15-17
- 16-18
- 17-18
- 18-20
- 19-11-
- 20-21
- 21-22
- 22-7

1º 1481	X		Gutierrez
2º 591	X		Rueda
3º	X		Sn. Pablo
4º	X		Rueda
5º	X		De Dios Patriar
6º 422	X		Gutierrez
7º 1999	X		Rueda
8º	X		Rueda
9º	X		Rueda
10º	X		Celestial
11º	X		Rueda
12º	X		Rueda
13º	X		Gutierrez
14º	X		Celestial
15º	X		Rueda
16º	X		Cristo Rey
17º	X		Particular
18º	X		Sn. Pablo
19º	X		Cristo Rey
20º	X		
21º	X		
22º	X		

Fosa comun Falta Documentación

451

Septiembre 2015

Documentación Completa

Permiso Provisional

Clase	Permiso Provisional	Documentación Completa	Particular
2 de 932			Particular
3 de 1341			"
1 de 821			Angelita
1 de 235			Gutierrez
2 de 235			Rueda
4 de 235			Rueda
2 de 235			Gutierrez
3 de 235			Particular
4 de 235			Rueda
3 de 235			Rueda
1 de 235			Particular
1 de 235			Rueda
3 de 1498			Sn Pablo
453 de 1988			Rueda
1 de 950	X		Rueda
4 de 2409	X		Cristo Rey
2 de 784			Gutierrez
2 de 938			Rueda
3 de 938			Rueda
3 de 938			Particular

- 1-2
- 2-10
- 3-11
- 4-11
- 5-12
- 6-13
- 7-14
- 8-14
- 9-13
- 10-18
- 11-18
- 12-22
- 13-22
- 14-22
- 15-24
- 16-25
- 17-26
- 18-26
- 19-29
- 20-27
- 08

Octubre 2015

MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
IA DE
MUNICIPAL
021
S. HISTORIA

FUNE
Documentación
Completa

Permiso Provisional

clase	Permiso Provisional	Documentación Completa	
2º-812	X	X	Rueda
7º-2378	X	X	Rueda
1º-156		X	Rueda
3º-1879		X	Rueda
2º-780		X	Rueda
3º-370	X	X	Rueda
1º-370	X	X	Rueda
1º-370	X	X	Rueda
2º	X	X	Rueda
298 subdocumentos de clase		X	Gutiérrez.
º-1399		X	Celestial
º-759		falta Acta	Rueda
º-514	X	falta Acta	Rueda
º-		falta Acta	Sr. Puebla
º-1558		X	Rueda
º-1558		X	Rueda
º-1558		X	Rueda
º-1317		X	Rueda
2º-936924	X	X	Rueda
2º-731	X	X	Rueda
3º-1903	falta Acta	X	Rueda

453

1-0 1 2 7 5 6 8 0 1 1 5 5 3 0 1 2 3 3 3 2 2 5 9 2 9 2 1

Noviembre 2015

5

MUNICIPIO MUNICIPAL DE IGUALA, GRO. SECRETARÍA DE MUNICIPALIDAD 021 DE LOS SIGLOS HISTORIA

Permiso Provisional Inhumación Apertura Def. Agto. Def.

1-01										Rueda
2-04										Rueda
3-05										Sn. Pablo
4-05										Sn. Pablo
5-05										Rueda
6-05										Rueda.
7-09										Rueda
8-11										Gutierrez
9-15										Rueda
10-15										Rueda
11-16										Gutierrez
12-17										Angelita
13-18										Rueda
14-18										Uriostegui
15-19										Rueda
16-22										Particular
17-23										Rueda
18-26										Rueda
19-27										Celestial

7772
797A
387
743

451 X
1074 X
360 X
2183 X
2199 X
972
877
1094
2031 X
593 X
676
72 X

Se Inhumaron 28 NOV. 15 Dca. completa
1814 454

Diciembre 2015

MUNICIPAL
TICHA LA, GRO.
IA DE
MUNICIPAL
021
MCS HISTORIA

6

Fecha	Close	Permiso Puntual	Acto de def.	Permiso	Fune
1-01	1º 1239		X	X	Rueda
2-01	3º 1074		X	X	Rueda
3-01	2º 359		X	X	Particular
4-02	2º 839				Rueda
5-04	1º 216	X			de Dios
6-08	1º 1419	X			sn. Pabb
7-09	1º 798		X	X	Cristo Rex
8-10	3º 1957	X			Rueda
9-07	940 2º 940	Falta que entra que	X		particular
10-15	1º 1256		X	X	De Dios
11-16	4º		X	X	Angelita
12-22	1º 280				Gutierrez.
13-24	misco Ramirez 4º	X			Particular.
14-24	1º 1462	X			Rueda.
15-24	3º 1720	X		X	Rueda.
16-26	4º 2202	X			Uriostegui
17-26	4º 3º 1826	X		X	Rueda
18-27	3º 1613	X		X	Rueda
19-29	3º	X		X	Rueda
20-30	3º 1599	X		X	Rueda
21-30	2º 197	X		X	Rueda.

50

fecha-
1-01
2-01
3-01
4-02
5-04
6-08
7-09
8-10
9-07
10-15
11-16
12-22
13-24
14-24
15-24
16-26
17-26
18-27
19-29
20-30
21-30

MUNICIPAL
JALA, GRO. DE
DE
MUNICIPAL
21
HISTORIA

2016

Clase	Permiso Provisional	Permiso Acto	Localidad
4-2356	X	X	Rueda Gutierrez Rueda
1-1386	X	X	Rueda, Cristo Rey Particular
1-1061	X	X	Gutierrez, Uriostegui Particular, Rueda
1-1715	X	X*	Cristo Rey Rueda
3-1786	X	X	Gutierrez Rueda
4-2328	X	X	Gutierrez Rueda
2-741	X	X	Cristo Rey Rueda
4-2301	X	X*	Gutierrez Rueda
2-633	X	X	Gutierrez Rueda
1-1580	X	X	Cristo Rey Rueda
4-2328	X	X	Cristo Rey Rueda
1-1252	X	X	Particular San Pablo
1-555	X	X	Gutierrez Particular Rueda
4-3-1889	X	X	Particular San Pablo
1-1509	X	X	Gutierrez Particular Rueda
3-1942	X	X	Particular San Pablo
4-2348	X	X	Gutierrez Particular Rueda
3-1500	X	X	Particular Rueda
1-1382	X	X	Particular Rueda
1-1196	X	X	Particular Rueda
5-1010	X	X	Particular Rueda

Fecha	Ex	Art	F	C	M	C	N	T
1-0-1								
2-0-1								
3-0-1								
4-0-2								
5-0-6								
6-0-6								
7-0-9								
8-1-1								
9-1-2								
10-1-2								
11-1-3								
12-1-5								
13-1-5								
14-1-6								
15-2-4								
16-2-5								
17-2-5								
18-2-6								
19-2-7								
20-2-7								
21-2-7								
22-2-6								
23-3-0								
* Falta Acto								

Febrero 2016

8

fecha	clase	Permiso Provisional	Acta Permiso	Func.
1-01	1º 1042	X	X	Rueda
2-02	2º 889	X	X	Rueda
3-02	2º 649	X	X	Rueda
4-03	2º 520		X	Gutierrez
5-03	2º 525		X	Rueda
6-04	2º 770		X	Rueda
7-07	2º 1018	X		De Dios
8-08	4º 704			Particular
9-10	2º 1018		X	Particular
10-12	2º 519	X		Cristo Rey
11-14	3º 1707	X		Cristo Rey
12-15	3º 1954	X	X	Rueda
13-17	4º	X		De Dios
14-18	1º 957	X		Gutierrez
15-18	1º 1383	X		Rueda
16-19	2º 40		X	Gutierrez
17-21	3º 993	X		Cristo Rey
18-22	3º 1574	X		Cristo Rey
19-23	2º 564		X falta acta	Celestial
20-25	2º 5		X	Rueda
21-25	1º 1240		X	Rueda
22-27	3º 2171	X		Gutierrez
23-27	2º BOGA COMUNX			Rueda
24-29	1º			

457

Marzo - 2016

MUNICIPAL
GRUPO
HISTORIA

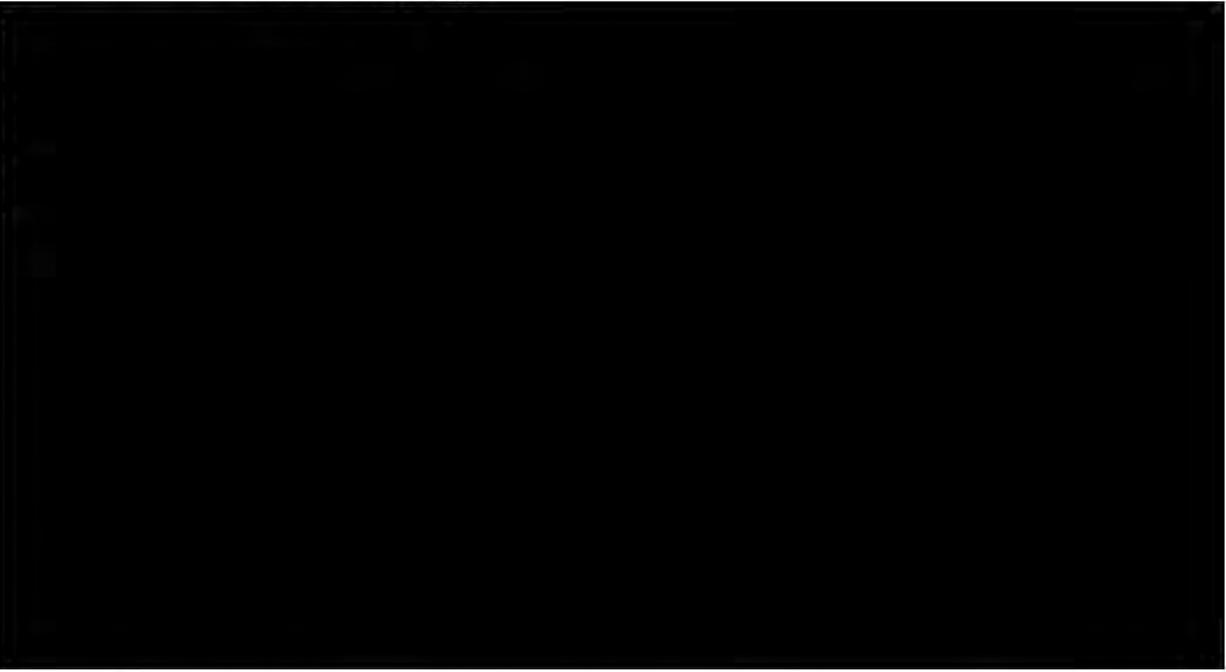
fecha	clase	Permiso Pronoctional	DETO. COMPLETA X falta acta	Particular
1-0-15	3e 1300	X	X	Particular
2-0-06	2a 606	X	X	Sn Pablo
3-0-07	1a 511	X	X	Cristo Rey.
4-0-09	2a 1681		X	Particular.
5-0-09	2a 290		X	Rueda
6-1-11	2a 2165	X	X	Rueda
7-1-12	780		X	Sn. Pablo
8-1-14	2a 522		X	Rueda.
9-1-15	2a 799		X ^{falta}	Rueda
10-1-15	3a 1940		X ^{acta}	Celestial
11-1-20	4a 2334		X	Particular
12-1-08	1a 1350		X	Rueda
13-1-09	3a 1670	X	X	Rueda
14-1-09	1a 658		X	Sn. Pablo
15-2-04	2a 922		X	Gutierrez.
16-2-08	2a 561		X	Gutierrez.
17-2-08	4a 2317		X	CRISTO REY.
18-2-08	1a 851		X	Valladares
19-3-00	3a 1676	faltada,	X	Particular
20-3-00	4a 2275		X	De Dios
21-3-11	2a 703		X	Rueda
22-3-11			X	Rueda.

ABRIL 2016

10

459

Clase	Permiso Previsional	Pago Apertura	Historia	Particular	Celestial	Particular	Celestial	Particular	Rueda	Rueda	Gutierrez	Rueda	Gutierrez	Rueda	Rueda	Rueda	Rueda	Rueda	Rueda	De Dios
1º 577	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2º 277	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º 203																				
4º 2338	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3º 1628	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3º 1177	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3º 1687	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º 1129	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º 674	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3º	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º 407	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2º 850	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º 585	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1º 26	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4º 2333	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3º	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2º 458	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



fecha
 1 0 1
 2 0 3
 3 0 6
 4 0 7
 5 0 8
 6 1 2
 7 1 4
 8 1 4
 9 1 5
 10 1 5
 11 1 5
 12 1 9
 13 2 0
 14 2 1
 15 2 2
 16 2 3
 17 2 4
 18 2 4
 19 2 5
 20 2 9

Mayo 2016

24
24
24

June

11

Permiso
Provisional

Permiso
Acta
dot.

Clase

fecha

1-06-05-16	1º 08	X	X	Rueda
2-07-05-16	2º 491	X	X	Rueda
3-08-05-16	3º 1753			Cristo Rey
4-08-05-16	4º 0439	X	X	Gutierrez
5-08-05-16	1º 394	X	X	Rueda
6-11-05-16	1º 1307	X	X	Rueda
7-12-05-16	1º 603	X	X	Gutierrez
8-13-05-16	1º 979	X	X	Gutierrez
9-13-05-16	4º 2246	X	X	Rueda
10-14-05-16	Agua 2 3º 1180	X	X	Rueda
11-14-05-16	3º 1591	X	X	Gutierrez
12-14-05-16	3º 1005	X	X	Gutierrez
13-14-05-16	1º			De Dios
14-17-05-16	Gorrido 1º 1034			Particular
15-17-05-16	3º 1411	X	X	Cristo Rey
16-19-05-16	1º 1110	X	X	Gutierrez
17-19-05-16	2º			Cristo Rey
18-20-05-16	3º 1469	X	X	Rueda
19-21-05-16	3º 869			Rueda
20-21-05-16	4º 2354	X	X	PE DIOS
21-23-05-16	3º 2258	X	X	Rueda
22-23-05-16	1º 650	X	X	Rueda
23-23-05-16	3º 1692	X	X	Rueda

Memorandum

460

12

Nueva Particular:

PRINCIPAL
E IGUA: A. GRD.
IA DE
INICIAL
0 2 1
HISTORIA

163 Doct. Completa
ecase 1009 Doct. Completa



JUNIO 26

26 - 30-05-16
27. 31-05-16

1- 01-0
 2- 05-0
 3- 05
 4- 05
 5- 05
 6- 05
 7- 08
 8- 07
 9- 09
 10- 09
 11- 11
 12- 13
 13- 16
 14- 18
 15- 20
 16- 25
 17- 25
 18- 26
 19- 27
 20- 29

U N I O	Clase	Permiso Provisional	Dcto completa	falta	Gutierrez
2º	285		X		Gutierrez
3º					Gutierrez
1º	603	X			Rueda
4º		X			San Pablo
Fase Campesin					
2º	162		X		Gutierrez
1º	1561		X		De Dios
2º	953	X			Rueda
3º	1245	X			Rueda
1º	684		X		Gutierrez
3º	1755		X		Gutierrez
4º	2149	X			Rueda
2º	591				Rueda
2º	2244				Rueda
2º	765				Rueda
4º					Rueda
2º	238	X			Uriostegui
3º	1591	X			Gutierrez
4º	2225	X			Rueda

Acta

Memorandum

Julio 2016

14

fecha	Nombre	clase	Permiso Praxional	Doct Complete	Faltas	Fine
01		4º	X	X		Rueda
02		1º 950		X		Particular
03		1º 1512	X	X		Rueda
04		3º		X		Particular
05		2º 789				Particular
06		3º temporalidad	X	X		Rueda
07		2º 646	X	X		Rueda
08		1º 1377	X	X		Rueda
09		4º 1986	X	X		Rueda
10		1º 901				Cristo Rey
11		1º 819				Eduardo Gutierrez
12		2º 788	X			Particular
13						sn. Pablo
14		3º 1622	X	X		Rueda
15		2º 584	X	X		Rueda
16		2º 755	X	X		Rueda
17		3º 1235	X	X		Julio Gutierrez
18		3º 1011				Rueda
19		4º FOSACOMUN	X	X		Rueda
19		4º	X	X		Cristo Rey

463

POSTO 2016

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3
2	4	8	9	9	2	3	5	7	3	5	6	18	31	30	31

4 ^o	3 ^o	2 ^o	1 ^o	1 ^o	2 ^o	2 ^o	2 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	4 ^o	1 ^o	2 ^o	3 ^o	2 ^o	1 ^o
1866	964	390	1130	820	810	699	37	729	496	353	884	1043	581	412		

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Faltó Acta	Faltó Acta															
Rueda	Rueda	Rueda	Gutierrez	Gutierrez	Rueda	Celestial	Particular	Rueda	Sn. Gabriel	Rueda	Rueda	Particular	Particular	Ave Maria	Gutierrez	

16

SEPTIEMBRE 2016

Nombres

Clase

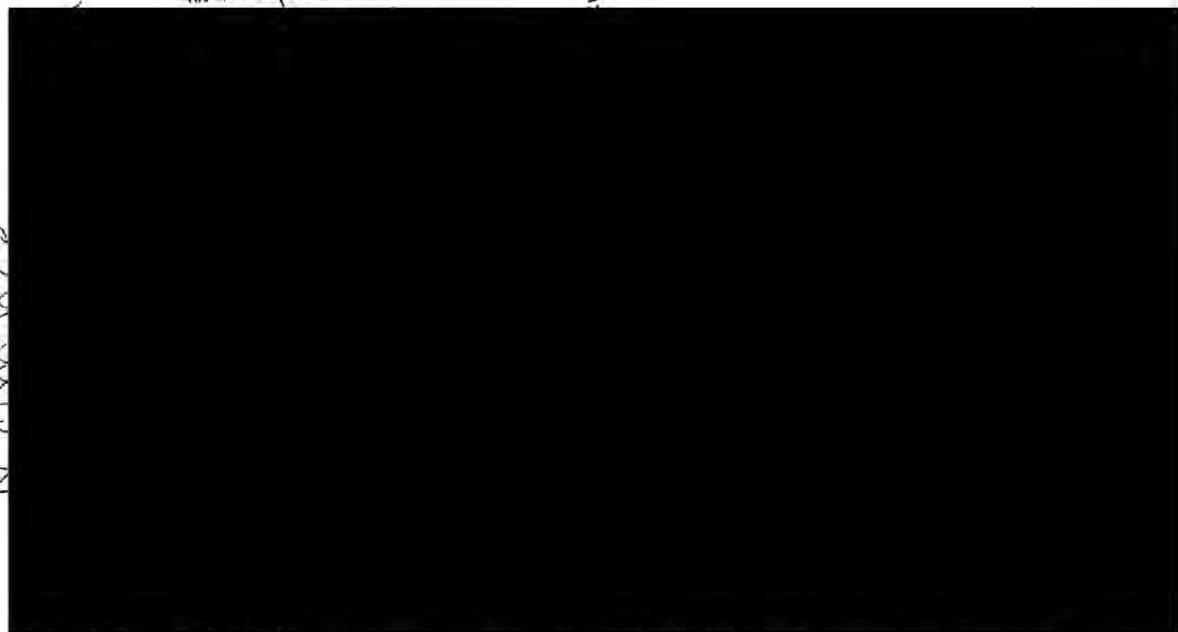
Permisos Provisional

Libre comoda

ORA PAL

- 1 0 1
- 2 0 4
- 3 0 4
- 4 0 5
- 5 0 6
- 6 0 9
- 7 1 0
- 8 1 1
- 9 1 2
- 10 1 3
- 11 1 6
- 12 1 6
- 13 1 8
- 14 1 8
- 15 2 0
- 16 2 0
- 17 2 4
- 18 2 5
- 19 2 7
- 20 2 9

AL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION



1 ^a 412	X			Rueda
2 ^a 59	X			Ave Maria
2 ^a 406	X			Gutierrez
3 ^a 853	X			Rueda
1 ^a 1003	X			Rueda
1 ^a 1042	X			Rueda
2 ^a 148	X			Rueda
1 ^a 952	X			Rueda
1 ^a 1362	X			Rueda
2 ^a 832	X			Rueda
3 ^a 835	X			Rueda
FOSACOMUN	X			Gutierrez
3 ^a 1497	X			Valladares
4 ^a Periferia	X			Rueda
4 ^a 2027	X			Rueda
2 ^a 654	X			Rueda
3 ^a clase	X			Rueda
2 ^a 828	X			Rueda
1 ^a 853	X			Rueda
1 ^a	X			Rueda

Fecha Nacimiento
 Octubre 2016

17

Fecha	Nacimiento	Clase	Permiso	Doc. completa	Clasificación	Descripción
01/03		2º 650		X	Faltante	Celestial
02/04		2º 391		X		Rueda
03/06		3º 1238	X			Celestial
04/10		3º 75	X			Rueda
5/11		2º 91				Gutiérrez
6/13		3º 1644				Memo. falta Acta
7/14		3º 1835				Particular
8/14		1º 1015		X		Rueda
9/15		3º 1101		X		Particular
10/15		3º 1107		X		Particular
11/15		2º 592		X		Pedidos
12/15		2º 642		X		Particular
1/17		4º 2258	X	X		Rueda
15/20	Sánchez	1º 1159		X		Particular
16/21		4º 2270	X			Pedidos
17/21		2º 791		X		Rueda
18/22		3º 1452				Gutiérrez
19/22		3º 1617		X		Rueda
20/22		4º 1931	X			La Piedad
21/30		4º	X	X		Rueda



466

Noviembre 2016

15

Fecha	Clase	P. Municipal	Permisos	Activa	Funcionarios
1	201	X			Rueda
2	1413	X			Rueda
3	40				Rueda
4	1911				Rueda
5	1253				Rueda
6	637				Rueda
7	954				Rueda
8	929				Rueda
9	404				Rueda
10	1343				Rueda
11	1084				Rueda
12	343				Rueda
13	13				Rueda
14	1480				Rueda
15	376				Rueda
16					Rueda
17					Rueda
18					Rueda
19					Rueda
20					Rueda



267

Diciembre 2016

Nombre

0 0 0 0 1 1 1 1 1 1 2 2 2 2 3

2^a 214
3^a 1258
1^a 1517
3^a 1302
1^a 596
3^a 1438
3^a 1119
1^a 921
2^a 1451
1^a 1222
les 2^a 798
3^a 834
dan 4^o

X X X

MUNICIPAL
AGUALA DE
MUCIPIAL
HISTORIA

X X
X X
X X
X X
X X
X X
X X
X X
X X
X X

Rueda
Rueda
Gutierrez
Particular
Rueda
De Dios
Particular
Particular
Castalia
Gutierrez
Gutierrez
Rueda
Rueda
Rueda 1-cr. pta
Rueda 3-cr. pte.

19

468

ENERO 2017

clase Permiso Provisional

- 1 01
- 2 04
- 3 08
- 4 09
- 5 11
- 6 11
- 7 12
- 8 14
- 9 15
- 10 15
- 11 20
- 12 22
- 13 24
- 14 30
- 15 31

3a 1092

4a

1a 699

2a 484

3a 345

4a 2086

5a 854

6a 993

7a 364

8a 1350

9a 1559

10a 656

11a 739

12a 4a

13a 2a 5

Financ. Cripta

la Piedra 3cripta

Per Tular sepul Hata ellos

Eutierrez 1cripta

Rueda 2cripta

Rueda 1cripta

De Dios 2cripta

Rueda 1cripta

Cristofey 3cripta

Rueda 3cripta

Urlosteguy 3cripta

Rueda - 1cripta mis fue

Por Tulo 2cripta. Nada ma

Rueda 1cripta

Angelic 1cripta

Rueda Cripta Arribo

Acte Def

Financ. a per

Meup

X

X

X

X

X

X



FEBRERO 2017

fecha	Numero	clase	Permiso Prev.	Pagos	Acta	Fine
1 03		938	X	✓	X	Rueda - 1 ^a parte el bis bnc
2 04			X			Guatemala - encina
3 06		627	X			Rueda - segunda
4 09		53	X	X	X	Particular - primera
5 09		1124	X	X	X	Particular - Todos
6 09			X	X	X	De Dios - encina
7 11		803	X			Rueda
8 12		2383	X			Particular - el bis. sequ
9 15		1207	X	X		Jardines de la paz - artila
10 18			X			Particular
11 21		1069		X	X	Particular
12 22		1775		X	X	Particular
13 24		1098	X			San Pablo
14 24			X	X	X	Rueda
15 25		398				Particular
16 26		945	X			Particular
17 26		827	X	X	X	Rueda

Marzo 2017

Permisos Provisional	Acta Dict	PAGOS	Acta Dict	Acta Dict
clase				
3 a 1089	X	X	X	
1 a 967		X	X	
3 a 1924		X	X	
3 a 1794		X	X	
3 a 1187		X	X	
4 a 1791		X	X	
3 a 1142		X	X	
1 a 794		X	X	
2 a 897		X	X	
3 a 1006		X	X	
3 a 1401		X	X	
3 a 1076		X	X	

ros
Diaz
diaz
rtinez
rtinez

- 1 05
- 2 07
- 3 07
- 4 09
- 5 10
- 6 10
- 7 12
- 8 12
- 9 13
- 10 13
- 11 25
- 12 27

WPAE
FRACC. V, VII
LFTAIP
Rueda 2^a scripta
Rueda 1^a scripta
Rueda - 2^a
Rueda 3^a scripta
Celestial 2^a scripta
Cristóbal - 1^a scripta
Rueda
Rueda
Gutiérrez
Rueda
Rueda
Rueda

ABRIL 2017

Clase	Permiso Prov.	Pagos	Acta
2 ^a - 688	X		
3 ^a			
4 ^a 3 ^a 1936		X	X
4 ^a 3 ^a 1315		X	X
1 ^a 1119	X		
1 ^a 423	X		
1 ^a 423	X		
1 ^a 423	X		
4 ^a 3 ^a 2402	X		
3 ^a 2035	X		
1 ^a 737			
4 ^a 3 ^a 1812	X		
4 ^a 3 ^a 2250			
1 ^a 1184	X		
3 ^a 1672	X		
3 ^a 1142	X		
1 ^a 889			
1 ^a 1127			
1 ^a 1093			
1 ^a 440			
4 ^a 2252			

Fune ~~3~~ 3^a scripta
 Valdarez - 1^a scripta
 Rueda 1^a scripta
 Particular 2^a scripta
 Rueda 1^a scripta
 Rueda 2^a scripta para
 Rueda 1^a esta honda
 Rueda 1^a sudatlalca 2^a
 Pedris 2^a
 Rueda 1^a
 Rueda
 Angelin 1^a
 Celestial 2^a
 Rueda 3^a
 Rueda 1^a en cima
 Valladares 2^a scripta
 Cristo Rey 1^a
 Urlostoyul a la 3^a
 Rueda 1^a Nueva
 San Pablo 1^a
 Cristo Rey 1^a
 Gutierrez 1^a
 Membranda 2^a
 no nloc. 3^a

472

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

NOV 2017

24



- 1 02
- 2 02
- 3 03
- 4 04
- 5 09
- 6 12
- 7 12
- 8 20
- 9 20
- 10 20
- 11 20
- 12 21
- 13 23
- 14 23
- 15 25
- 16 25
- 17 26
- 18 27
- 19 27
- 20 29
- 21 31
- 22 23

Close	Permiso	Pagos	Acto	Func
fosacomun	X			S. Eduardo G. Sepultura
1233	X			S. F. Eduardo G. 1ª Arriba
1279		X		Rueda 1ª
989		X		Particular 2C
1303		X	X	Partes - Rueda 1ª Arriba
OSA comun		Memo		Pe Dios Sepultura
878		X	X	Valladores - G. Habitar en la - Abia
1330	X			Rueda 1ª
810	X			Rueda 2ª Arriba Son E
936	X		X	Unistagi 3 Sortes
1186	X		X	Rueda 1ª
196	X			Rueda 1ª
915	X		X	De Dios ellos hicieron
1661	X		X	Rueda 2ª Sol. T. 2
1547	X			Sn. Pablo. 1ª
1779	X		X	Valladores ellos hicieron
1219 a 1142		X	X	Particular 1ª
1219 a 1142		X	X	Particular
2554	X	X	X	Particular
42219	X	X	X	Gutierrez
2090	X	X	X	Rueda
				Rueda

273

Junio 2017

MA valera

Clase Permisos

- 1 03
- 2 05
- 3 12
- 4 15
- 5 15
- 6 15
- 7 15
- 8 20
- 9 22
- 10 25
- 11 25
- 12 25
- ~~13~~

2-1790 X
 1-698
 2-716
 1-9-73
 1-11-79
 2-238
 3-1775 X
 1-12-11
 1-868 X
 2-5 X
 1-625



Pagos	Acta	June	13-07-07
X	X	Rueda 1-cripta	
X		Gutiérrez 2- foto doct.	
Memo		Rueda 1-2	
X	X	Rueda 1-2	
		Cristo Rey 4-2	
MEMO	X	Rueda 1-2	
X	X	Urtegui 1-2	
X	X	San Angelin 2-2	
Memo Hysg inh.		Particular - Amiba	
		Eda Angelin	
X	X	Rueda 3-2	
X	X	Rueda 1-2	

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
 INSTITUCIÓN DE IGUALDAD
SECRETARÍA DE MEMORIAS MUNICIPALES
 18.08.2021
 JUNTO HACEMOS HISTORIA

Julio-2017

26

Asc	Pror. Permiso	Acta de Def	Pagos	Fune
42-2349			X	Jardines de Ispaz 2 ^a cripta
12-1578		X	X	Rueda 1 ^a cripta
12-328		X	Memo	Particular, Sepultura
12-592		X	X	Particular - Hostala 3 ^a
30-215				Rueda 1 ^a cripta
12-465			X	Rueda 1 ^a
42			X	Gutierrez 2 ^a Mayordom
42			X	Particular
22-128		X	X	Particular
12-1450		X	X	Particular 1 ^a
12-1023		X	X	Rueda 1 ^a
32-1533		X	X	Gutierrez 1 ^a
42-FOSA COMUN.		X	X	Rueda 1 ^a
32		X	X	Particular Sepultura
12-36		X	Memo	1 ^a
42-2385		X	X	Gutierrez 3 ^a
32-1692		X	X	Rueda 3 ^a
42-2117		X	Memo	Particular - dentro Monumento
		X	X	Celestial

- 1 03
- 2 024
- 3 04
- 4 02
- 5 10
- 6 13
- 7 16
- 8 18
- 9 18
- 10 20
- 11 24
- 12 24
- 13 26
- 14 27
- 15 28
- 16 30
- 17 31
- 18 31
- 16

975

AGOSTO 2017

Jesus Nahir
126 B
29

close	Permiso Funcional	Acta Def.	Pagos	Func
3º 1589	X	X	X	Sin Pabla - 20
4º 2154		X	Memo	Rueda 1º
2º 872		X	X	Vallabarez 2º
3º 1419	X	X	X	Rueda 1º
FOSA COMUN		X	X	Rueda 2º
3º 1415		X	X	Rueda 1º
4º 2309	X	X	X	Sepultura
(Cenizas) 1º 1460		X	X	Rueda 1º
1º 1495		X	X	Cristo Rey 1º
6º 1064		X	X	Particular 1º - cenizas
9º 1932		X	X	Particular 1º
			X	Particular 1º
			X	Sin Pabla 20



- 1 02
- 2 10
- 3 10
- 4 10
- 5 11
- 6 12
- 7 14
- 8 15 N
- 9 17
- 10 21
- 11 22
- 12 27
- 13 28

476

SEPTIEMBRE 2017

25

	Permiso	Acto Def.	Pagos	Fine	
1		X	X		Sin pablo 1 ^o
2		X	X		Gutiérrez gabreta 1 ^o
3		X	X		Particular 2 ^o
4		X	X		Particular 2 ^o
5					Rueda 1 ^o
6					Particular. Sepultura
7		X	X		Rueda 2 ^o Muy honda
8		X	X		Rueda 1 ^o
9		X	X		Valladares 1 ^o
10		X	X		Cristóbal Sepultura-estela
11					Rueda 2 ^o
12		X	X		Gutiérrez 1 ^o
13		X	X		Celestial 1 ^o
14		X	X		Rueda sepultura
15		X	X		Rueda Sepultura
16		X	X		Rueda 2 ^o
17		X	X		Rueda
18		X	X		Particular
19					De Dios
20		X	X		Rueda
21		X	X		Rueda
22		X	X		Uriostequi
23		X	X		
24		X	X		

477

5
 628
 798
 común
 402 X
 887 X
 1200200
 900.
 1931
 1123
 133
 1089 X
 809
 SACOMUN
 813
 1229
 de los días
 1864 X
 1152 X
 1727 X
 1528 X
 477 X

Clase Permisos 2017

Fecha	Clase Permisos	Acta	Registros	Función
1-03	1º 1305	X	X	Gutiérrez Sotillo Descripta
2-07	3º Clase 1708	X	X	Sotillo Descripta
3-08	4º 2125	X	X	Rueda 1º Arriba
4-05	4º 2278	X	X	Rueda Sepulcros
5-09	2º 316	X	X	San Pablo 1º
6-09	2º 609	X	X	Rueda 3º
7-11	4º	X	X	Uriostequi 2º
8-12	1º 1557	X	X	Gutiérrez 1º Arriba
9-12	3º	X	X	Gutiérrez 1º Arriba
10-10	2º 531	X	X	Celestial Sepulcros
11-21	1º 1932	X	X	Rueda 3º
12-22	5º 487	X	X	Rueda 1º
13-22	1º 487	X	X	Rueda 1º
14-29	4º 2329	X	X	Valladares ellos Obisclerón

GOBIERNO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.
SECRETARÍA DE
GOBIERNO MUNICIPAL
110 2021
HACEROS HISTORIA

Noviembre 2017

fecha	base	Acta	Pagos	Func. p. o.
1 09	OSACOMUN		Memo	De bios sepultura
2 09	1259	X	X	San Diego 1 ^a
3 10	43	X	X	Rueda 2 ^a Muchica
4 11	1055	X	X	Celestial 2 ^a
5 15	978	X	X	Rueda 1 ^a
6 16	349	X	X	Rueda 1 ^a muy honda
7 18	401	X	Memo	Rueda 3 ^a
8 18	2172			Valladares 3 ^a
9 19	2328			Particular 2 ^a
10 19	388			Particular 1 ^a
11 23	1159	X	X	Rueda 2 ^a muy honda
12 27	928A	X	X	Particular
13 27	928A	X	X	Particular
14 29	96	X	X	Particular
15 29	96	X	X	Particular
16 29	1143	X	X	Gutiérrez.

DICIEMBRE 2017

	Clase	Permiso	Pagos	Acta	Funcionarios
1	12 1540		X	X	Celoso
2	FOSA COMUN	ME	MEMO		Particular.
3	12 0530	*	X	X	Rueda 1a
4	12 452	MEMO	MEMO		Gutierrez 1a
5	12 1464		X	X	Gutierrez 4a
6	42 1870	X	X	X	Cristo Rey 2a y yonda
7	32 1023	X			Gutierrez 1a
8	22 387	X			Rueda 1a Nada mas Sondas.
9	32 1298	X	X	X	Rueda 1a
10	32 1093	X	X	X	Cristo Rey 3a y yondio
11	ER 12 749	X	X	X	Rueda 2a Nada mas Sondas
12	12 1549	X	MEMO		Rueda 1a
13	12 1380	X	X	X	Gutierrez 2a Nada mas Sondas
14	12 806-A	X	X	X	Rueda 3a
15	32	X	X	X	Sepultura-Rueda
16	32 1536	X	X	X	Rueda 1a

ENERO 2018

GOBIERNO MUNICIPAL
SECRETARÍA DE
ESTADÍSTICA MUNICIPAL
2018-2021
JUNTO AL ARCHIVO HISTÓRICO

Fecha
1-05
2-05
3-07
4-08
5-12
6-14
7-15
8-16
9-18
10-20
11-21 F
12-26
13-27

Clase Permiso
2º-596
1º-1423
2º-474
1º-134
1º-1117
2º-545
3º-
2º-884
1º-351
3º-1510
1º-1192
FOSACOMUN
1º-660

Permisos

X X X X X X X X X X X X X

Pagos Acta

X X X X X X X X X X X X X

Fune

Rueda 1º medanos sandos
Rueda 2º solo tiene des
Particular - queda vacío
Rueda 2º Solotone 2
Gutierrez 2º
Valladasas Sepultura
Particular 1º
Particular 1º
Gutierrez 2ºcripta
Unospegi 3º
Rueda 3º
Particular Sepultura
Rueda 1º tiene dos dedales

INTENDENTE MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.
SECRETARÍA DE
MUNICIPAL

HISTORIA

Alejandro de
Yac...
Puentes...
Sala...

FEBRERO 2018

Pror. Permiso	Pagos	Acta	Func	Descripción
ante 1676	X	X		Rueda 2 ^a
	X	X		Rueda 2 ^a
\$1600 X	X	X		Rueda 1 ^a
960 X	X	X		Rueda 2 ^a gubeta
655 X	X	X		Celestial 2 ^a
154 X	X	X		Rueda 3 ^a Tienen
81	X	X		Rueda 1 ^a
264	X	X		Rueda 2 ^a
1630	X	X		Rueda 1 ^a
340 X	X	X		Cristóbal 1 ^a
765	X	X		Sn. Pablo 2 ^a
884 X	X	X		Gutierrez 1 ^a
577 X	X	X		Rueda 1 ^a
2 ^a 154	MEMO			Particular 1 ^a
1 ^a 815 X	X	X		Rueda 1 ^a
3 ^a 1161	X	X		Particular y Sobirano 3
1 ^a 1104	X	X		Particular
1 ^a 1313	X	X		Gutierrez 1 ^a
FOSA COMUN	MEMO			Rueda
3 ^a 1220 X		X		Celestial 1 ^a

- 1-01
- 2-08
- 3-09
- 4-10
- 5-10
- 6-10
- 7-12
- 8-12
- 9-12
- 10-12
- 11-14
- 12-18
- 13-14
- 14-17
- 15-19
- 16-21
- 17-25
- 18-28
- 19-28
- 20-28

MARZO 2018

Nombre

Clase

Permisos

Pagos

Acta

Func

- 1-0
- 2-03
- 3-05
- 4-06
- 5-06
- 6-09
- 7-10
- 8-12
- 9-12
- 10-13
- 11-14
- 12-15
- 13-17
- 14-17
- 15-18
- ~~16-20~~
- 17-20
- 18-21
- 19-22
- 20-23
- 21-24
- 22-24
- 23-29
- 24-30

35 X
30-1886
30-112
1-579
4-2000
4-2000
1-20 X
1-1085
FOSACOMUN
1-
1-21
2-20
3-1075
4-2351 X
4-1827 X
2-341 X
2-593
4-2025
2-721
1-975
3-1263 X
1-422
ono 1-925 X
512 30 X

Uriostegui 2a
Cristóbal Rey 1a
Particular 2a
Particular
Rueda 1a - nueva
Particular
Rueda 1a
Uriostegui, 1a
Valladolid
Particular 1a
Rueda 1a
Rueda 1a
Rueda 1a
De Dios 3a
Gutiérrez 3a
Rueda 3a
Rueda 2a - Naderstenedis
Rueda 2a
Rueda 1a
Rueda 2a
Particular -
Gutiérrez
Cristóbal Rey

MUNICIPAL
DE ESPECIALIDAD GRO.
MUNICIPAL
2021
HISTORIA

ABRIL 2018

GOBIERNO MUNICIPAL
SECRETARÍA DE
2018-2021

Clase	Permiso	Pagos	Acta	Función
arranco P. 1º 602	X	X	X	Rueda 1º
Ayala-chavez 1º 1335	X			Rueda 1º
gado 1º 698		X	X	Ruga 1º - ellos lahiciros
Yatón 1º 1000				Ruga 2º - ellos lahiciros
Pózar 1º 1000				Rueda 1º - ellos lahiciros
Edgardo 1º 147	X			MEMO
1º 1854	X	X	X	MEMO
1º 1500	X	X	X	MEMO
algado Rentena 1º 982				Particular 1º - falta de...
vez Gama 2º 744				Particular 3º
upo Salgado 1º 269		X	X	Rueda 1º
vez Román FOSA COMUN		X	X	Particular Sepultura - los otros desapareci...
Arisuendi Reyes 2º 777		X	X	Particular Sepultura 1º
gado 1º 1464	X			Astfierrez
ozca Monjarroz 4º 2410				Particular Monjarroz 1º 25 735 12 68 91



- 1 0 1
- 2 0 1
- 3 0 3
- 4 0 3
- 5 0 4
- 6 0 5
- 7 0 6
- 8 0 6
- 9 1 2
- 10 1 5
- 12 1 8
- 13 1 9
- 14 2 3
- 15 2 8
- 16 2 2

MUNICIPAL
MEXICALA, GRO.
SECRETARÍA DE
GOBIERNO MUNICIPAL
13 DE MARZO DE 2021
SECRETARÍA DE HISTORIA

Mayo 2018

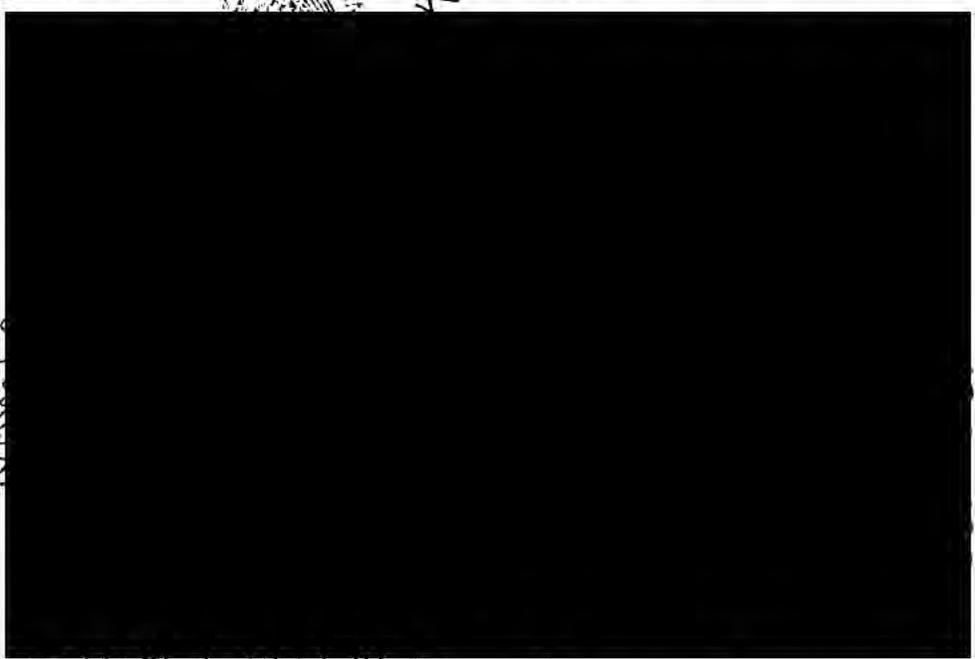
Nombre	Clase	Permiso	Pagos	Acta	Fine
	1º 898	X	X	X	Rueda 1º
	4º 1828	X			Rueda 1º
	4º 2180		X	X	Unostegui 1º
			X	X	Gutiérrez 1º
		X	X	X	Rueda 1º
					De Dios Sepultura
					Particular
	FOSA COMUN	X			Valladares 1º
	2º 326				Rueda Sepultura
	1º 479		X Memo		Particular 1º
	1º 1546		X		Valladares 1º
	4º 2152	X			Particular Sepultura
	1º 705		X		Particular 1º
	1º 1066		X		Particular
	2º 332		X	X	Unostegui
	3º 1672		X	X	Rueda Semefo e los los sepultura
	1º 4025		X	X	Rueda. E los los sepultura
	2º 925		X	X	Rueda 1º
	1º 9095		X	X	



AL AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DISTRITO FEDERAL DE QUERÉTARO, GRO.
SECRETARÍA DE
GOBIERNO MUNICIPAL
30 JUN 1988 10:20:21
LOS JUROS HAREMOS HISTORIA

JUNIO 2018

Clase	Permiso PROV.	Pagos	Acte Def.	Función
1º-926		X	X	Gutiérrez 2º
2º-445	X	X	X	Rueda 1º
1º-1354	X	X	X	Dedios 2º
3º-1540	X	X	X	Rueda 1º
1133	X	X	X	Rueda elbasalucieros
1435	X	X	X	San-Francisco 2º
2º-178		X	X	Cristo Rey -2º Solotone 2º
4º-1799		X	X	Rueda 1º
2º-871	X	X	X	Dedios 2º
3º-1720		X	X	Particular 3º
FOSACOMU				Particular Separato
2º-737			X	Rueda 1º
1º-1266			X	Gutiérrez 1º
3º-1171			X	Particular
4º-2205				Particular
2-952				Particular-1º
3º-1821				Rueda 2º
1º-1303		X	X	



1-0
2-0
3-0
4-0
5-0
6-0
7-0
8-0
9-11
10-12
11-15
12-15
13-17
14-20
15-21
16-27
17-27
18-28

GOBIERNO MUNICIPAL
 SECRETARÍA DE
 GOBIERNO MUNICIPAL
 01-22-21
 MUNICIPIO DE ABOJO

Julio 2018.

Clase	Permiso	Pagos	Acta	Fune
2° 489		Memo		San Diego 1°
1° 394	X	X	X	Uriostegui gobeta hasta Abojo
2° 785	X	X	X	Rueda 2°
2° 828		X	X	Rueda Sepultura
2° 545		X	X	Partiabr
1° 1512		X	X	Rueda 1°
2° 277		X	X	Rueda 2°
1° 1247		X	X	Gutiérrez 1°
2° 1070	X	X	X	Rueda 1°
1° 1339		X	X	Particular 1° - Lado Abojo no cruz
2° 611		X	X	San Diego 1°
1° 1460	X	X	X	Gutiérrez 1°
FUSA comun		X	X	Gutiérrez Sepultura
eria 2° 415		X	X	



1 03
 2 06
 3 07
 4 00
 5 15
 6 71
 7 11
 8 19
 9 22
 10 23
 11 25
 12 25
 13 20
 14 30

Septiembre 2018

40

Nombre	Clase	Permiso	Pagos	Acta	Fune	Barrio Victoria
04	1207		X			
05	1792		X			
08	422403		X			
09	1595	X				
11	975		X	X		Francisco Barbo Villalobos
12	1543	X	X			Marcelino Zaragoza Acosta
13	1436	X				Rosales
16	1468	X				Gutiérrez 3° - Emilio Salgado Salgado
17	1419	X	X			Saúl 2° - Efraim Salinas Flores
18	1126		Memo		X	Barrios 3° - Leonor Mata Fabela Avelar
18	2273		X		X	Barrios 3° - Juan Barrios de la Cruz
19	2781		Memo		X	Rufo Segal - David Gonzalez
21	249	X	X		X	Barrios 3° - Teny
21	796	X	X		X	Rueda 1° - Hernandez - Rosa María Rosellón
23	1335	X	X		X	Cristóbal 1° - Solbrieneva
24	299		X			Rueda 1° - Pedro Jaime Gutiérrez
29	1833		X	X		Gutiérrez 1°
30	1657	X	X	X	X	Schwarz 1° Rangelín 1° - Benito González

488

Octubre 2018

Clase	Permiso prov.	Pagos	Acta	Fine
1-01			X	Rueda 1 ^a Rosalba Stib Armenta
2-02		X	X	Rueda 3 ^a
3-07		X	X	Gutiérrez 1 ^a Leonor Vidua
4-06		X	X	Rueda Cristine Gonzalez Hernandez
5-05		X	X	Rueda Sepultura
6-08		X	X	Rueda 1 ^a
7-08		X	X	Rueda 2 ^a Solotene 2
8-07		X	X	Cristo Rey
9-08		X	X	Rueda 1 ^a Solotene 2 Rosario Garcia Banti
10-08		X	X	Valladares 2 ^a
11-08		X	X	Gutiérrez 1 ^a
12-09		X	X	Rueda 1 ^a
13-11		X	X	Rueda Particular
14-12		X	X	Rueda 1 ^a Juan Solís Garcia
15-16		X	X	Angelina 1 ^a Refugio Blanquet
16-21		X	X	Gutiérrez 1 ^a
17-22		X	X	De Dios 1 ^a
18-24		X	X	De Dios 4 ^a
19-28		X	X	Rueda 1 ^a M. del Carmen Barrios
20-28		X	X	Guadalupeana - Sepultura Juana Domingo
21-30		X	X	Rueda 1 ^a Solotene 2 ^a Trinidad Castro Jón Salgado
22-31		X	X	Urioste 2 ^a
23-22		X	X	Rueda 1 ^a Elvira Solís
				Particular

48

NOVIEMBRE

fecha	Clase	Permiso PDU	Pagos	Costo	Detalle
1-0-1	3°-1358	X	X	X	Rueda 2° - Lugaredo Romoteion
2-0-1	1°-435	X	X	X	Rueda 1° - Victor Byhera
3-0-4	1°-1323				Rueda 2°
4-0-3					
5-0-7			X	X	Particular - Modesto Gordunovoy
6-1-1			X	X	Particular
7-1-2	1°-1099	X	X	X	Rueda 1° - Fam. Gerardo Miranda
8-1-3	2°-483		X	X	Rueda 2° - Genoveva Hernandez Segura
9-1-3	4°-2265-A		X	X	Rueda 4° - Bertha Figueroa Muro
10-1-4	2°-13		X	X	Rueda 2° - Efra Escobar Caldarin
11-1-4	2°-413		X	X	Rueda 2° - Efra Escobar Caldarin
12-1-7	1°-339		X	X	Cristo Rey Lucino Flores Lopez
13-1-7	4°-2032A		X	X	Particular - Rebeca Cisneros Venton
14-1-8	2°-798	X	X	X	Cristo Rey Antonia Guzman Piquier
15-2-0	1°-1408	X	X	X	Rueda 1° - Celia Morales Beavites
16-2-2	2°-648	X	X	X	Rueda 2° - hijo Agustina Joreio
17-2-3	1°-70		X	X	Rueda 1° - Uirna Barones Estrada
18-2-4	1°-779	X	X	X	Rueda 1° - Petra Salgado Salgado
19-2-5	3°-1148	X	X	X	Gutierrez 3° - Josefina Villaseñor
20-2-7	2°-807	X	X	X	Rueda 2° - Andres Delgado Sorio

MUNICIPAL
SALA GRO.
DIE
MUNICIPAL
6-2-11
S HAREMUS MISI-ORIA

Diciembre 2018

Numero	Nombre	Clase	Permiso Prova	Pagos	Acta	Fune	Digno
2000	[Redacted]	370		X	certificados	Part.	
3000	[Redacted]	343	X		Rueda-		
4000	[Redacted]	1436		X	certificados	Celestia	
511	[Redacted]	1638	X		Gutierrez		
612	[Redacted]	[Redacted]		X	Spalding		
712	[Redacted]	[Redacted]		MEMO	Wendi Elvira		
813	[Redacted]	[Redacted]		X	certificados	Jose Nino	
915	[Redacted]	3=1495	X		Gutierrez		
10-15	[Redacted]	3=1063A	X		Rueda-Fed		
11-20	[Redacted]	3=1284			Orlando		
12-31	[Redacted]	2=57		Memo	Particulo		
13-31	[Redacted]	2=771	X		Rueda		
	[Redacted]	4=2149			certificados	Particulo	



GOBIERNO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE AGUILA, GRO.
SECRETARIA DE
CIENCIAS MUNICIPALES
2021-2021
SECRETARIA DE CIENCIAS MUNICIPALES, HISTORIA

Enero 2019

Nombre	Clase	Permiso	Pagos	Acta	Fune
[Redacted]	2º-609	X	X		Rueda 2º - Micaelastina Delgado Dominguez
[Redacted]	2º-187		Certificado		Cristaleny Sepultura Rueda - IE
[Redacted]	1º-535	X	MEMO	X	Rujya 1º
[Redacted]	2º-259		X	X	Rueda 2º
[Redacted]	4º-399	X	MEMO	Certificado	Margazaburp
[Redacted]	Lote 903	3º X	X	X	Sr. Pablo Sep
[Redacted]	1º-800	X	X	X	Euteriez 1
[Redacted]	2º-704		X	X	Rueda co
[Redacted]	1º-338	X	X	X	SN
[Redacted]	4º-2323		X	X	De Dios 3

Febrero 2019
Permisos

1º 1337	X	Inh.	Apertura Acta Func	X	Rueda
4º 2097	X			X	Rueda
2º 322				X	Rueda
1º 725				X	De Bio
1º 1359A	X			X	Partic
4º 1650	X			X	Entrada
4º 2146	X			X	Rueda
3º 1258	X			X	Rueda
1º 72 2º 491	X			X	Rueda
1º 736	X			X	Semefo
2º 468				X	SN-Diego
1º 1063				X	Ruga
3º 1132				X	Urdoste
4º 1963	X			X	Certificado
1º 436				X	Anteire
3º 1192	X			X	Angelín
2º 64A	X			X	Memo. de Infracción
				X	Novo
				X	Rueda
				X	Ruc. de
				X	Particular
1º 226.				X	Particular



01
04
07
07
07
11
11
11
12
-18
19
20
22
-22
26
28
28
09

ca

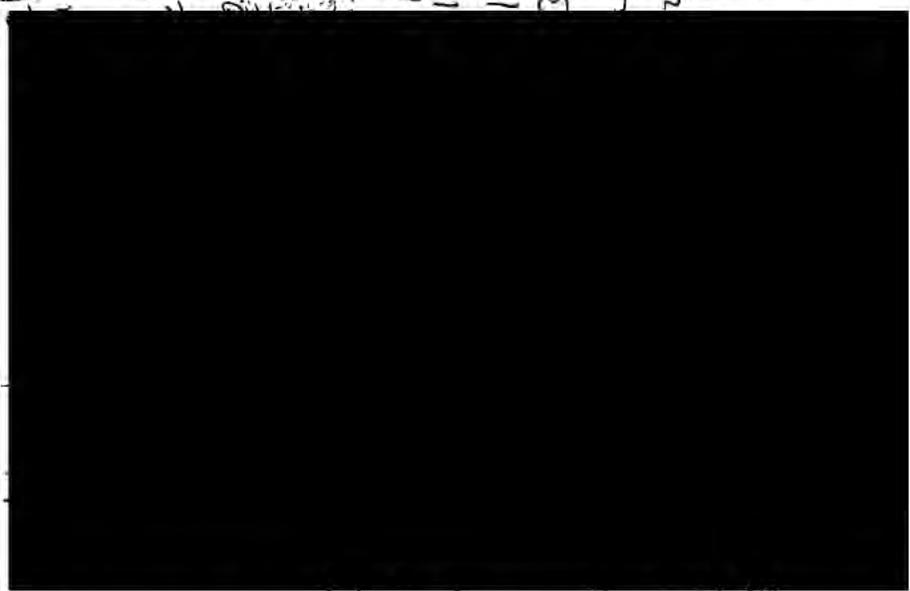
Marzo 2019

Nombre	Clase	Permiso	Inh. Apertura	Memo Apertura	Acto	Func
[Redacted]	FOSACOMUN - NO-SE SEPULTOX		X	X	X	Extierno
[Redacted]	1- 1182		X	X	X	Rueda. 2 ^a
[Redacted]	2- 658	X				Rueda. 2 ^a
[Redacted]	3- 1595		X	X	X	Rueda. 1 ^a
[Redacted]	4- 456	X				Rueda. 1 ^a
[Redacted]	FOSACOMUN		X	X	X	Rueda. 1 ^a
[Redacted]	2- 752 es 725		X	X	X	De Dios
[Redacted]	2- 565		X	X	X	De Dios
[Redacted]	4- 1712		X	X	X	Celestial
[Redacted]	2- 680	X				Rueda
[Redacted]	2- 201		X	X	X	Rueda 1 ^a
[Redacted]	1- 586		X	X	X	Celestial
[Redacted]	1- 1388A	X				Rueda
[Redacted]	FOSACOMUN		X	X	X	Rueda
[Redacted]	4- 2099	X				De Dios
[Redacted]	3- 950		X	X	X	De Dios 1 ^a
[Redacted]	3- 1064		X	X	X	Rueda 2 ^a
[Redacted]	4- 1805		X	X	X	Rueda
[Redacted]	4- 1805		X	X	X	Rueda
[Redacted]	3- 1533	X				Rueda
[Redacted]			X	X	X	Singabi

De Dios 1^a Tomas Bravo Reynoso

ABRIL 2019

Cat. Clase	P. Provincial	Pago Intra-orden	Acta Def.	Verificados Def.	Nombre
1651	X	X	X		Ferre
541	X	X	X		Rueda 12 From Flores Molina
340	X	X	X		Sir
250 COMUM					Chis
del lote 501 al 502 X 3-clase					Alejan
13570	X	X			Pob
pedrera del Lote 901 - al Lote 211 de 1 ^o C	X	X	X		Jose
1 ^o 227	X	X	X		1 ^o C
1 ^o 1458	X	X	X		Sept
3 ^o 1467	X	X	X		Ruga
Varzquel del lote 218 al 1109 de 1 ^o clase					
2 Najera del Lote 218 1 ^o clase al Lote 1109					
4 ^o 1923	X	X	X		Rueda 25
4 ^o 1851	X	X	X		Valladares
2 ^o 587	X	X	X		Rueda 1 ^o



02
03
04
06
09
12
12
18
-22
22
23
23
25
26
26

Mayo 2019

Nombre	Clase	Permiso Provisional	Permiso Inm.	Pago Acto	Acto Def. Fun.
Luz Rendón Nuñez Manjarez	1°-651.		X	X	Part.
	1° 345	X	X	X	Rueda
	1°-1547		X	X	Rueda
	1°-1531		X	X	Rueda
	4°-2045		X	X	Rueda
	1° 136		X	X	Rueda
	4° 1874		X	X	Rueda
	1° 1211	X	X	X	Rueda
	1°-411-A		X	X	Rueda
	4° 2246		X	X	Rueda
	1° 116	X	X	X	Rueda
	3°-1224		X	X	Rueda
	4°-1816-A		X	X	Rueda
	Fosa Común		X	X	Rueda
	2° 74		X	X	Rueda
	1° 780		X	X	Rueda
	2° 740	X	X	X	Rueda
	Fosa Común		X	X	Rueda
	1° 1547		X	X	Rueda
	3° 1533	X	X	X	Rueda
	1° 654.		X	X	Rueda

MUNICIPIO MUNICIPAL
ESTADUAL DE IGUALA, GUERRERO.
SECRETARIA DE GOBIERNO MUNICIPAL
18 DE JUNIO DE 2021
MUNICIPIO DE IGUALA, GUERRERO

Junio 2019

Clase	Permiso Prov.	Pago Pago Inm. Apertura	Acta Fune	Propiedad
4°-1919	X	X	X	Estruero Rueda 2
2°-776	X	X	X	Rueda 2
2°-233	X	X	X	Estruero
1°-954	X	X	X	Ruga
4°-2409B	X	X	X	Nalladale
1°-651	X	X	X	Ruga 1
1°-641	X	X	X	3° Celestial
1°-116	X	X	X	Sn. Pablos
1°-991	X	X	X	Rueda 6
1°-1149	X	X	X	Rueda
1°-748	X	X	X	Certificado Estruero
2°-791	X	X	X	Rueda
FOSA COMUN	X	X	X	1° Sn. Pablo
3°-1468	X	X	X	Rueda-3
2°-662	X	X	X	Rueda-1
1°-1488	X	X	X	Rueda-1
3°-1365	X	X	X	Cristo Ray
3°-1574	X	X	X	Sn Diego
3°-1026	X	X	X	Sn Diego
2°-262	X	X	X	Celestial
3°-1324	X	X	X	

01
02
05
07
07
08
09
15
15
16
17
17
18
22
21
23
29
29
29
29

COMITENTE MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.
SECRETARÍA DE
GOBIERNO MUNICIPAL
018 - 0021
COMENTOS HAREMOS HISTORIA

JULIO 2019

Permiso Pasa Bijo del Cerro Fule.
Prov: Inh. Oper. del Cerro

clase

1º 192	X	X	X	Portador
Fosacamán	X	Mimo	X	Rosalva Díaz
1º 636	X	X	X	Rosa María
2º 113	X	X	X	Rueda
1º 1530	X	X	X	Espinoza
1º 1508	X	X	X	Gutiérrez
3º 1334	X	X	X	Rufo
4º 1872	X	X	X	De Dios
1º 1086	X	X	X	Rueda
3º 1259	X	X	X	Guadalupe
4º 1884	X	X	X	De Dios
2º 286	X	X	X	Celestina
1º 284	X	X	X	Gutierrez
4º 1923	X	X	X	Rueda
4º 1084	X	X	X	Parti

Memo.

03
04
05
07
08
12
15
15
16
27
27
28
29
31
31

AMIENTO MUNICIPAL
NAL DE IGUALA, GRO.
ETARIA DE
D MUNICIPAL
- 2021
MAREMOS HISTORIA

31

AGOSTO 2019

Nombre	Clase	Permiso Prov.	Pago Pago Cert. - Acta Inv. Apert.	Func.
[Redacted]	1°-9001	X	X	Rueda 2
[Redacted]	1°-741		X	Cristofey
[Redacted]	1°-1427		X	Rueda 1
[Redacted]	4-1896	X		SanDiego 3
[Redacted]	1°-1515	X		Cristofey

Nombre



5
06
06
08
15

DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO

500



EL SUSCRITO C. [REDACTED] SECRETARIO DE GOBIERNO DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DEL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, EN USO DE LAS FACULTADES QUE ME CONFIERE EL ARTÍCULO 98 FRACCIÓN IX DE LA LEY ORGÁNICA DEL MUNICIPIO LIBRE DEL ESTADO DE GUERRERO, EN VIGOR. -----

-----**CERTIFICA**-----

QUE EL PRESENTE EXPEDIENTE CONSTANTE DE CINCUENTA Y UNA FOJAS UTILES, ES COPIA FOTOSTÁTICA, FIEL Y EXACTA REPRODUCCIÓN DEL LIBRO DE INHUMACIONES Y EXHUMACIONES DEL PANTEÓN ANTIGUO MUNICIPAL, CORRESPONDENTE AL PERIODO DEL 12 DE JULIO DE 2015 AL 15 DE AGOSTO DE 2019. DOCUMENTO QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES DE ESTE H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL QUE TUVE A LA VISTA Y A QUE ME REMITO. -----

SE EXPIDE LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; A LOS DIECISÉIS DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE, PARA LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES. DOY FE. -----



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA
SECRETARÍA DE GOBIERNO MUNICIPAL
2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

[REDACTED SIGNATURE]

SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL



(733) 33 396 00 Ext. 152



secretaria.gobierno@iguala.gob.mx



PALACIO MUNICIPAL

Av. Vicente Guerrero No. 1.

Col. Centro, Iguala, Gro. C.P. 40000



ANEXO 2

TRAL DE LA REPÚBLICA,
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO

ANEXO DOS**Lista de expedientes en copia simple que se remiten mediante oficio PM/451/2019**

NO.	PANTEÓN	EXPEDIENTE	REGISTROS DE DEFUNCIÓN
1	Panteón Antigo Municipal	Mayo 2015	1
2	Panteón Antigo Municipal	Junio 2015	2
3	Panteón Antigo Municipal	Julio 2015	13
4	Panteón Antigo Municipal	Agosto 2015	11
5	Panteón Antigo Municipal	Septiembre 2015	15
6	Panteón Antigo Municipal	Octubre 2015	15
7	Panteón Antigo Municipal	Noviembre 2015	17
8	Panteón Antigo Municipal	Diciembre 2015	16
9	Panteón Antigo Municipal	Enero 2016	14
10	Panteón Antigo Municipal	Febrero 2016	13
11	Panteón Antigo Municipal	Marzo 2016	18
12	Panteón Antigo Municipal	Abril 2016	17
13	Panteón Antigo Municipal	Mayo 2016	10
14	Panteón Antigo Municipal	Junio 2016	15
15	Panteón Antigo Municipal	Julio 2016	10
16	Panteón Antigo Municipal	Agosto 2016	14

17	Panteón Antigo Municipal	Septiembre 2016	15
18	Panteón Antigo Municipal	Octubre 2016	18
19	Panteón Antigo Municipal	Noviembre 2016	13
20	Panteón Antigo Municipal	Diciembre 2016	15
21	Panteón Antigo Municipal	Enero 2017	8
22	Panteón Antigo Municipal	Febrero 2017	11
23	Panteón Antigo Municipal	Marzo 2017	12
24	Panteón Antigo Municipal	Abril 2017	15
25	Panteón Antigo Municipal	Mayo 2017	15
26	Panteón Antigo Municipal	Junio 2017	12
27	Panteón Antigo Municipal	Julio 2017	14
28	Panteón Antigo Municipal	Agosto 2017	12
29	Panteón Antigo Municipal	Septiembre 2017	19
30	Panteón Antigo Municipal	Octubre 2017	11
31	Panteón Antigo Municipal	Noviembre 2017	10
32	Panteón Antigo Municipal	Diciembre 2017	1
33	Panteón Antigo Municipal	Enero 2018	9
34	Panteón Antigo Municipal	Febrero 2018	15
35	Panteón Antigo Municipal	Marzo 2018	20



505

36	Panteón Antigo Municipal	Abril 2018	9
37	Panteón Antigo Municipal	Mayo 2018	13
38	Panteón Antigo Municipal	Junio 2018	13
39	Panteón Antigo Municipal	Julio 2018	9
40	Panteón Antigo Municipal	Agosto 2018	7
41	Panteón Antigo Municipal	Septiembre 2018	12
42	Panteón Antigo Municipal	Octubre 2018	20
43	Panteón Antigo Municipal	Noviembre 2018	12
44	Panteón Antigo Municipal	Diciembre 2018	5
45	Panteón Antigo Municipal	Enero 2019	10
46	Panteón Antigo Municipal	Febrero 2019	12
47	Panteón Antigo Municipal	Marzo 2019	15
48	Panteón Antigo Municipal	Abril 2019	10
49	Panteón Antigo Municipal	Mayo 2019	20
50	Panteón Antigo Municipal	Junio 2019	12
51	Panteón Antigo Municipal	Julio 2019	7
52	Panteón Antigo Municipal	Agosto 2019	1
53	Primera Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2014	1
54	Primera Ampliación Panteón Municipal	Octubre 2014	2



55	Primera Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2014	3
56	Primera Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2014	1
57	Primera Ampliación Panteón Municipal	Enero 2015	9
58	Primera Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2015	1
59	Primera Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2015	3
60	Primera Ampliación Panteón Municipal	Abril 2015	9
61	Primera Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2015	4
62	Primera Ampliación Panteón Municipal	Junio 2015	6
63	Primera Ampliación Panteón Municipal	Julio 2015	4
64	Primera Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2015	4
65	Primera Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2015	4
66	Primera Ampliación Panteón Municipal	Octubre 2015	2
67	Primera Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2015	3
68	Primera Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2015	2
69	Primera Ampliación Panteón Municipal	Enero 2016	7
70	Primera Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2016	6
71	Primera Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2016	8
72	Primera Ampliación Panteón Municipal	Abril 2016	4
73	Primera Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2016	7



507

74	Primera Ampliación Panteón Municipal	Junio 2016	9
75	Primera Ampliación Panteón Municipal	Julio 2016	9
76	Primera Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2016	8
77	Primera Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2016	14
78	Primera Ampliación Panteón Municipal	Octubre 2016	7
79	Primera Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2016	9
80	Primera Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2016	13
81	Primera Ampliación Panteón Municipal	Enero 2017	12
82	Primera Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2017	8
83	Primera Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2017	10
84	Primera Ampliación Panteón Municipal	Abril 2017	9
85	Primera Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2017	10
86	Primera Ampliación Panteón Municipal	Junio 2017	4
87	Primera Ampliación Panteón Municipal	Julio 2017	7
88	Primera Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2017	9
89	Primera Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2017	4
90	Primera Ampliación Panteón Municipal	Octubre 2017	14
91	Primera Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2017	12
92	Primera Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2017	10

508

93	Primera Ampliación Panteón Municipal	Enero 2018	3
94	Primera Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2018	7
95	Primera Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2018	21
96	Primera Ampliación Panteón Municipal	Abril 2018	9
97	Primera Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2018	17
98	Primera Ampliación Panteón Municipal	Junio 2018	5
99	Primera Ampliación Panteón Municipal	Julio 2018	10
100	Primera Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2018	6
101	Primera Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2018	8
102	Primera Ampliación Panteón Municipal	Octubre 2018	10
103	Primera Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2018	12
104	Primera Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2018	6
105	Primera Ampliación Panteón Municipal	Enero 2019	6
106	Primera Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2019	8
107	Primera Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2019	16
108	Primera Ampliación Panteón Municipal	Abril 2019	12
109	Primera Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2019	20
110	Primera Ampliación Panteón Municipal	Junio 2019	10
111	Primera Ampliación Panteón Municipal	Julio 2019	6

509



112	Primera Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2019	2
113	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2014	6
114	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2014	1
115	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2014	1
116	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2016	8
117	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Abril 2016	10
118	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2016	8
119	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Junio 2016	10
120	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Julio 2016	4
121	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2016	11
122	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2016	6
123	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Octubre 2016	6
124	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2016	8
125	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2016	1
126	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Enero 2017	4
127	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2017	2
128	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2017	7
129	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Abril 2017	2
130	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2017	11



131	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Junio 2017	8
132	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Julio 2017	11
133	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2017	4
134	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Septiembre 2017	5
135	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Octubre 2017	3
136	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2017	6
137	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2017	4
138	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Enero 2018	6
139	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2018	3
140	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2018	4
141	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Abril 2018	4
142	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2018	5
143	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Junio 2018	7
144	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Julio 2018	13
145	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2018	18
146	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Noviembre 2018	5
147	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Diciembre 2018	13
148	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Enero 2019	6
149	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Febrero 2019	2

150	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Marzo 2019	2
151	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Abril 2019	5
152	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Mayo 2019	7
153	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Junio 2019	7
154	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Julio 2019	5
155	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Agosto 2019	1
156	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Informe inhumaciones 2014	-----
157	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Informe inhumaciones 2015	-----
158	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Informe inhumaciones 2016	-----
159	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Informe inhumaciones 2017	-----
160	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Informe inhumaciones 2018	-----
161	Segunda Ampliación Panteón Municipal	Informe inhumaciones 2019	-----

NOTA: La documentación que se describe es la única que obra en los archivos de las administraciones de los cementerios señalados.

PARA EL CASO

512

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

2. CURP [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. NACIONALIDAD [Redacted]

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? [Redacted] 6. PESO [Redacted] 7. TALLA [Redacted] 8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

9. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 10. ESTADO CONYUGAL [Redacted] 11. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]

12. ESCOLARIDAD [Redacted] 13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? [Redacted] 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? [Redacted]

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS [Redacted] 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted]

24. NOMBRE [Redacted] 25. RELACION CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

26. CERTIFICADA POR [Redacted] 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

28. NOMBRE [Redacted] 29. DOMICILIO [Redacted] 30. FIRMA [Redacted] 31. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA [Redacted] 33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL EN UN PLASTICADOR Y LA COPIA AL ASISTENTE SOCIAL EN LA OFICINA DEL TITULAR DE DEFUNCIÓN

150297704

LFTAI

LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

513



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: SE NOTIFICA DEFUNCION

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO [REDACTED]

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo MASCULINO que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

Atentamente
Ministerio Público de Atencion Integral 2
del Distrito Judicial de HIDALGO.
[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

514



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [Redacted]
LIBRO: [Redacted] ACTA No. [Redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: [Redacted]
ENTIDAD FEDERATIVA: [Redacted]

FINADO

NOMBRE: [Redacted]
FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] 1971 EDAD: 21 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [Redacted]
LUGAR DE NACIMIENTO: [Redacted]
DOMICILIO HABITUAL: [Redacted] ESTADO CIVIL: [Redacted]
IGUALA (LOCALIDAD): [Redacted] (MUNICIPIO): [Redacted] (ENTIDAD FEDERATIVA): [Redacted] (PAIS): [Redacted]
NOMBRE DEL CONYUGE: [Redacted] NACIONALIDAD: [Redacted]
NOMBRE DEL PADRE: [Redacted] NACIONALIDAD: [Redacted]
NOMBRE DE LA MADRE: [Redacted] NACIONALIDAD: [Redacted]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [Redacted] HORA: [Redacted]
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [Redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [Redacted]
UBICACION: [Redacted] ORDEN NO.: [Redacted]
DONDE FALLECIO: [Redacted]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [Redacted]
B) [Redacted]
C) [Redacted]

TIPO DE DEFUNCION: [Redacted]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [Redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted]

DECLARANTE

NOMBRE: [Redacted] EDAD: [Redacted]
NACIONALIDAD: [Redacted] PARENTESCO: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted] OCUPACION: [Redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: ALEJANDRO MONES MOTA / [Redacted] EDAD: [Redacted]
NACIONALIDAD: [Redacted] PARENTESCO: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted] OCUPACION: [Redacted]
NOMBRE: [Redacted] EDAD: [Redacted]
NACIONALIDAD: [Redacted] PARENTESCO: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted] OCUPACION: [Redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS: [Redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

ARCHIVO

GUERRERO
CIR DE DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

S15

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



150287002

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos	7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos Para menores de un día: [Redacted] Horas Para menores de un mes: [Redacted] Días Para menores de un año: [Redacted] Meses Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 99	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))	
11.1 Calle y número	11.2 Colonia
11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación	
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL
Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	13.1 Trabajado <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Número de seguridad social o afiliación
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15.1 Nombre de la unidad médica
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
[Redacted]	16.3 Localidad
16.4 Municipio o delegación	
16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfexia, etc.)	
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) [Redacted]</p> <p>b) [Redacted]</p> <p>c) [Redacted]</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 84 AÑOS	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	23.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]	
23.6 ¿Cuál es brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión? [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el sitio donde ocurrió la lesión [Redacted]	
23.8 ¿Cuál es brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión? [Redacted]	
23.9 Localidad [Redacted]	
23.5 Entidad federativa [Redacted]	
24. NOMBRE DEL INF. [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
31. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año	
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]	
33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
33.1 Localidad [Redacted]	33.2 Fecha de registro [Redacted] Día Mes Año
34. ENTIDAD FEDERATIVA [Redacted]	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



451035

OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 18 DE JUNIO DE 2018
LIBRO 03 ACTA No. 00544

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA QUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] REMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO
 SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL
 LIC. GILBERTO

OFICIALIA 01
 REGISTRO CIVIL
 AYUNTAMIENTO
 SELLO DE LA CONSTITUCION
 IGUALA DE LA
 INDEPENDENCIA, GRA
 2018 - 2018

Fracc. V, VII
 LFTAIP

INTERESADO

Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

DEFUNCION
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150299329

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

SIF

2. CURP		Apellido materno	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02	
8. PESO		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 09 Se ignora <input type="radio"/> 99	
9. EDAD CUMPLIDA		7. TALLA	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		8. FECHA DE NACIMIENTO	
10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL	
11.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11.2 Colonia	
12. ESCOLARIDAD		11.5 Entidad federativa o país (el resido/a en el extranjero)	
13. OCUPACIÓN HABITUAL		13.1 Trabajaba	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica	
16. DOMICILIO DOMICILIO		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?		19. ¿FUE PRÁCTICADO NECROPSIA?	

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir. Ejemplo: paro cardíaco, atenta, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 44 AÑOS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.4 ¿Qué pensamiento tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

DEL INF.

24. NOMBRE

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR

27. BI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

28. NOMBRE

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

*SI EFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD M A, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



150299329

Motivación 1

Motivación 2

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

518

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO
LIBRO 04	ACTA No.
	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: ALEJANDRO CRUZ
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ES/ADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
 PRESENTO REQUISITOS
 SAL DE LA REPUBLICA
 AL E INVESTIGACION

[REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALCAÑO LOPEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

519

(SA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 DE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSEER DE LOS PARTICULARES.
 LOS ESTABLECIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSEER DE LOS PARTICULARES.
 150 0 13 4 7 2

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2 CURP		3 SEXO	4 NACIONALIDAD
5 EDAD CUMPLIDA		6 PESO	7 TALLA	8 FECHA DE NACIMIENTO	
9 EDAD CUMPLIDA		10 ESTADO CONYUGAL		11 RESIDENCIA HABITUAL	
12 ESCOLARIDAD		13 OCUPACIÓN HABITUAL		14 AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
15 SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16 DOMICILIO DONDE OCURRIÓ		17 TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
18 ESTADO CONYUGAL		19 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20 CAUSAS ANOTADAS	
21 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS		22 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		23 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
24 NOMBRE		25 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26 CERTIFICADA POR	
27 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28 NOMBRE		29 TELÉFONO	
30 DOMICILIO		31 FIRMA		32 FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35 ACTA NUM.	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 17/02/2019
LIBRO 03
ACTA No.

LOCALIDAD

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: 12 [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: IN [REDACTED] DEL PANTEON O CREMATORIO:

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.:

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [REDACTED]

B) B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

[REDACTED SIGNATURES]

INDEPENDENCIA GRU
1012 2019

INTERESADO

GRUPO DE DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
CUERRERO

521

ENTRÉGENE EL ORIGINAL A LA COMISIÓN FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150237006

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted] **3. SEXO** Hombre Mujer **4. NACIONALIDAD** Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No Sí **6. PESO** [Redacted] **7. TALLA** [Redacted] **8. FECHA DE NACIMIENTO** [Redacted]

9. EDAD CUMPLIDA [Redacted] **10. ESTADO CONYUGAL** En unión libre Separado(a) Divorcedo Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11.1 Calle y número [Redacted] **11.2** Colonia [Redacted] **11.3** Localidad [Redacted] **11.4** Municipio o delegación [Redacted] **11.5** Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado **13.1** Trabajaba Sí No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora **14.1** Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública **15.1** Nombre de la unidad médica [Redacted] **15.2** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] **15.3** Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN **16.1** Calle y número [Redacted] **16.2** Colonia [Redacted] **16.3** Localidad [Redacted] **16.4** Municipio o delegación [Redacted] **16.5** Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] **18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** Sí Se ignora **19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** Sí No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Entre señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS **22.1** ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio **22.2** ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No **22.3** ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: **23.1** Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora **23.2** ¿Ocurrió en el momento de su trabajo? Sí No Se ignora **23.3** ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) lesionado(a)? [Redacted] **23.5** La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] **23.6** Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Solo un [Redacted] **23.8** [Redacted] **23.9** [Redacted] **23.10** [Redacted] **23.11** [Redacted] **23.12** [Redacted] **23.13** [Redacted] **23.14** [Redacted] **23.15** [Redacted] **23.16** [Redacted] **23.17** [Redacted] **23.18** [Redacted] **23.19** [Redacted] **23.20** [Redacted] **23.21** [Redacted] **23.22** [Redacted] **23.23** [Redacted] **23.24** [Redacted] **23.25** [Redacted] **23.26** [Redacted] **23.27** [Redacted] **23.28** [Redacted] **23.29** [Redacted] **23.30** [Redacted] **23.31** [Redacted] **23.32** [Redacted] **23.33** [Redacted] **23.34** [Redacted] **23.35** [Redacted] **23.36** [Redacted] **23.37** [Redacted] **23.38** [Redacted] **23.39** [Redacted] **23.40** [Redacted] **23.41** [Redacted] **23.42** [Redacted] **23.43** [Redacted] **23.44** [Redacted] **23.45** [Redacted] **23.46** [Redacted] **23.47** [Redacted] **23.48** [Redacted] **23.49** [Redacted] **23.50** [Redacted]

24. NOMBRE DEL INF. [Redacted] **25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)** [Redacted]

26. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro **27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO** [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

28. NOMBRE DR. JULIO CESAR VALLADARES **29. TELÉFONO** [Redacted]

30. FIRMA [Redacted] **31. FECHA DE CERTIFICACIÓN** [Redacted]

32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted] **33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO** **33.1** Localidad [Redacted] **33.2** Municipio o delegación [Redacted] **33.3** Entidad federativa [Redacted] **33.4** Día [Redacted] **33.5** Mes [Redacted] **33.6** Año [Redacted]

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

522

UL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

TREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (FOSEA) Y LA 2ª COPIA

150287194

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____ Para menores de un día _____ Horas _____ Para menores de un mes _____ Días _____ Para menores de un año _____ Meses _____ Para personas de un año o más 719 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 99
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Código CIE _____ b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión. Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____	
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	29. TELÉFONO _____
30. DOMICILIO Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	31. FIRMA _____
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

Art. 110

Art. 113

LFTAIP

LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

523



461230

OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 27 DE JULIO DE 2015
LIBRO 04
ACTA No. 00665

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [REDACTED]

B) B) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

PRIMER APELLIDO DE LA REPUBLICA TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

[REDACTED]

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
EL AYUDANTE
BELLO DE LA OFICINA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, G.
2012 2914

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
ACTA DE DEFUNCION



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

524

Modelo 2015
FOLIO

150287169

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSERIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno		
2. CURP			3. SEXO			4. NACIONALIDAD			5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			8. PESO			7. TALLA			8. FECHA DE NACIMIENTO		
9. EDAD CUMPLIDA			10. ESTADO CONYUGAL			11. RESIDENCIA			12. ESCOLARIDAD		
9.1 Para menores de un año escribe el número de folio del Certificado de Nacimiento:			10. ESTADO CONYUGAL			11. RESIDENCIA			12. ESCOLARIDAD		
13. OCUPACIÓN HABITUAL			14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		
13. OCUPACIÓN HABITUAL			14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE			24. NOMBRE		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE			24. NOMBRE		
25. NOMBRE			26. CERTIFICADA POR			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			28. NOMBRE		
25. NOMBRE			26. CERTIFICADA POR			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			28. NOMBRE		
29. TELÉFONO			30. DOMICILIO			31. FECHA DE CERTIFICACIÓN			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
29. TELÉFONO			30. DOMICILIO			31. FECHA DE CERTIFICACIÓN			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			35. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			35. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

150287169

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 2

2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorclado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
11. MUNICIPIO O DELEGACIÓN					
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 8 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> c) <input type="text"/> d) <input type="text"/> Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE (LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8			
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
29. TELÉFONO		30. DOMICILIO			
31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
33. Acta Núm.		34.1 Localidad			
34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa			
34.4 Día		34.5 Año			

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



526

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 22 DE JULIO DE 2015	
LIBRO 04	ACTA No. 00640	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA COAHUILA DE GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

SUBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: BLV [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 40

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01
UC. GILBERTO S.

CRONOMETRISTAS Y JUSTOS PODERES
CRONOMETRISTAS
 SIGUENDO



CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150294469

527

EN ... GUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (L) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <input type="text"/>		Apellido paterno <input type="text"/>		Apellido materno <input type="text"/>	
2. CURP		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. SEXO		Hombre <input type="radio"/> Mu <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD		Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Si <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO		7. TALLA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="text"/>		Para menores de un día <input type="text"/>		Para menores de un mes <input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		<input type="text"/>		10. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
11.1 Calle y número <input type="text"/>		11.2 Colonia <input type="text"/>		11.3 Localidad <input type="text"/>			
11.4 Municipio o delegación <input type="text"/>				11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) <input type="text"/>			
12. ESCOLARIDAD				13. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				<input type="text"/>			
Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>				13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				14.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>			
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>				<input type="text"/>			
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				<input type="text"/>			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		<input type="text"/>				15.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/>	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		<input type="text"/>				15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>	
15.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>		<input type="text"/>				15.4 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16.1 Calle y número <input type="text"/>		16.2 Colonia <input type="text"/>		16.3 Localidad <input type="text"/>			
16.4 Municipio o delegación <input type="text"/>				16.5 Entidad federativa <input type="text"/>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION				18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSI	
<input type="text"/>				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		<input type="text"/>				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <input type="text"/>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		<input type="text"/>				Código CIE <input type="text"/>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		<input type="text"/>				<input type="text"/>	
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>	
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<input type="text"/>	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>				23.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <input type="text"/>			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión							
23.7.1 Calle y número <input type="text"/>		23.7.2 Colonia <input type="text"/>		23.7.3 Localidad <input type="text"/>			
23.7.4 Municipio o delegación <input type="text"/>				23.7.5 Entidad federativa <input type="text"/>			
24. NOMBRE				25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s) <input type="text"/>		Apellido paterno <input type="text"/>		Apellido materno <input type="text"/>		<input type="text"/>	
26. CERTIFICADA POR				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				<input type="text"/>			
28. NOMBRE				29. TELÉFONO			
Nombre(s) <input type="text"/>		Apellido paterno <input type="text"/>		Apellido materno <input type="text"/>		<input type="text"/>	
30. DOMICILIO				31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACION	
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO				34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		Art 113 Fracc. I LFTAI	
Núm. <input type="text"/>		Libro Núm. <input type="text"/>		34.1 Localidad <input type="text"/>		<input type="text"/>	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE



150294469

Art. 113
Fracc. I
LFTAI
Motivación 1

Motivación 2

825



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	
MUNICIPIO	ACTA No.	LOCALIDAD
		ENTIDAD FEDERATIVA

FRADO

NOMBRE: _____
(HOMBRE) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 12 DE FEBRERO DE 1942 EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A _____
 B _____
 C _____

TIPO DE DEFUNCION: NA _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTE REQUISITO DE INHUMACION
 PARA EL CASO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GR A VENE Y A DEFUNCION
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

ARCHIVO



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

150... 829

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN PARTICULAR.

1. NOMBRES DEL FALLECIDO		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. LOCALIDAD	
12. ESCOLARIDAD		13.1 TRABAJA		14.1 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
24. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO		25. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO		26. CERTIFICADA POR	
27. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO		28. NOMBRE		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. REG. / IL.	



En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [REDACTED] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja [REDACTED] se encuentran asentados los datos siguientes:

J. 30
15



ACTA DE DEFUNCION

CRIP: [REDACTED]
CURP: [REDACTED]

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
MUNICIPIO O DELEGACION		ENTIDAD FEDERATIVA		
[REDACTED]		[REDACTED]		

DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S)				PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
MEXICANA				[REDACTED]	[REDACTED]
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD DEL FINADO		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
DOMICILIO: Calle, N.Int, N.Ext, Col.		LOCALIDAD	MUNICIPIO		
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]		
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL			
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION		LUGAR DE LA DEFUNCION	
[REDACTED]		[REDACTED]	
TIPO DE LA MUERTE	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION			
[REDACTED]			



del Registro Civil de la presente en letras, números y firma tuvo a la vista.

OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL
2013 - 2015
SELO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

...continúe al reverso.

FECHA DE EXPEDICION

El C.OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

Certificación que se expide en: EMILIANO ZAPATA, MORELOS

531



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

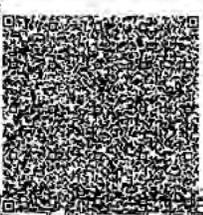


OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	FECHA
MUNICIPIO	LOCALIDAD
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO	
NOMBRE:	SEYO: <input checked="" type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER
NOMBRES (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADÁVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> INCINERACION <input type="radio"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION: DEPARTAMENTO DE SEGUNDA CLASE	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: JULIO CESAR HERRERA BARRON	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE: JOSE GARCIA PERALTA	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL NO. LIC. GILBERTO

CONSTITUCION IGUALA DE COAHUILA DE ZARAGOZA

INTERESADO

GRAN DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL ATE/MSO

532

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTO DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.
 150287133

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	
2. SEXO: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora	
3. SE CUMPLIÓ EL PERÍODO DE LACTANCIA: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
4. NACIONALIDAD: <input type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO: <input type="text"/> Kilogramos <input type="text"/> Gramos
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	7. TALLA: <input type="text"/> Metros <input type="text"/> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/>	
9. EDAD CUMPLIDA: <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Días	
10. ESTADO CONYUGAL: <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora	
11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía al fallecido(a)	
11.1 Calle y número: <input type="text"/>	
11.2 Colonia: <input type="text"/>	
11.3 Localidad: <input type="text"/>	
11.4 Municipio o delegación: <input type="text"/>	
11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <input type="text"/>	
12. ESCOLARIDAD: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Otro	
13. OCUPACIÓN HABITUAL: <input type="text"/> <input type="radio"/> Se ignora	
13.1 Trabajaba: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora	
14.1 Número de seguridad social o afiliación: <input type="text"/>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: <input type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública	
15.1 Nombre de la unidad médica: <input type="text"/>	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <input type="text"/>	
15.3 Localidad: <input type="text"/>	
15.4 Municipio o delegación: <input type="text"/>	
15.5 Entidad federativa: <input type="text"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: <input type="text"/>	
16.1 Calle y número: <input type="text"/>	
16.2 Colonia: <input type="text"/>	
16.3 Localidad: <input type="text"/>	
16.4 Municipio o delegación: <input type="text"/>	
16.5 Entidad federativa: <input type="text"/>	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: <input type="text"/>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
19. ¿SE PRACTICÓ NEUROPATÍA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.-)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: <input type="text"/> Código CIE: <input type="text"/>	
22.1 ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora	
23.1 ¿Fue un presunto? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
23.2 ¿Se produjo en el domicilio o en su recinto? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? <input type="text"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: <input type="text"/>	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: <input type="text"/>	
23.7.1 Calle y número: <input type="text"/>	
23.7.2 Colonia: <input type="text"/>	
23.7.3 Localidad: <input type="text"/>	
23.7.4 Municipio o delegación: <input type="text"/>	
23.7.5 Entidad federativa: <input type="text"/>	
24. NOMBRE DEL INFANTE: <input type="text"/>	
25. CERTIFICADA POR: <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: <input type="text"/> Número de la cédula profesional: <input type="text"/>	
28. NOMBRE(S) DEL CERTIFICANTE: <input type="text"/>	
29. TELÉFONO: <input type="text"/>	
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE: <input type="text"/>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <input type="text"/>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: <input type="text"/>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: <input type="text"/>	
34.1 Localidad: <input type="text"/>	
34.2 Municipio o delegación: <input type="text"/>	
34.3 Entidad federativa: <input type="text"/>	
34.4 Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	
33.1 Acta Núm: <input type="text"/>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

533



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ AÑOS ____ MESES ____ DIAS ____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA _____ MEXICO _____
(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: ____/____/____ HORA: ____:____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: ____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: ____

NACIONALIDAD: _____ MEXICANA _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: ____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

ALIA DE REGISTRO CIVIL
LIBRAMIENTO
SITUACIONAL
IGUALA DE LA
INDEPENDENCIA SPC
2012 2011

GRATIFICACION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

534

MAGDALENA Nombre(s) SOTELO Apellido paterno ESTRELLA Apellido materno

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 99 4. NACIONALIDAD Otra 2 Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si 1 Se ignora 99 6. PESO Kilogramos Gramos 7. TALLA Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 4 Separado(a) 5 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 3 Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Locales 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99 Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10 13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa 15.6 Via pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 1 No 2 Se ignora 99 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo- paro cardíaco, asfena, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte. Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1 No 2 Se ignora 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Calle o carretera (via pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

DEL REG. DEL INF. 26. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional

EL CERTIFICANTE 28. NOMBRE 29. TELÉFONO

30. DOMICILIO 31. 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año

DEL REG. DEL REG. 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año

Art. 110 33.1 Acta Núm. 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año Fracc. V, VII LFTAIP Fracc. I

Motivación 1

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. ENTRE QUE EL ORIGINAL, LA FOLIOGRAFÍA Y LA FOLIOGRAFÍA. 150295369



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 17 DE JULIO DE 2015	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		IGUALA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

IGUALA _____ IGUALA DE LA INDEPENDENCIA _____ GUERRERO _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: PRIMERA CLASE _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE

EL C. REGISTRANTE DE LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

OFICIALIA No. 01
REGISTRO CIVIL
H. SECRETARÍA DE GOBIERNO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
GUERRERO
2012 2015

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
ACTA DE DEFUNCION

336

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **AURELIA**

2. CURP **[REDACTED]** Apellido materno **[REDACTED]**

3. SEXO Hombre Mujer

4. NACIONALIDAD Mexicana Extranjera Se ignora

5. LENGUA INDIGENA? SI Se ignora

6. PESO **[REDACTED]** Kilogramos **[REDACTED]** Gramos

7. TALLA **[REDACTED]** Metros **[REDACTED]** Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO **[REDACTED]** Años cumplidos **[REDACTED]**

9. EDAD CUMPLIDA **[REDACTED]**

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento. **[REDACTED]**

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre Separado(a) Divorçado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL **[REDACTED]**

11.2 Colonia **[REDACTED]** 11.3 Localidad **[REDACTED]**

11.4 Municipio o delegación **[REDACTED]** 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) **[REDACTED]**

12. ESCOLARIDAD Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado 13. OCUPACIÓN HABITUAL **[REDACTED]** 13.1 Trabajaba SI No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Otra Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación **[REDACTED]**

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica pública IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública 15.1 Nombre de la unidad médica **[REDACTED]** 15.2 Clave Única de Establecimiento **[REDACTED]** 15.3 Vía pública Otro lugar

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION **[REDACTED]**

16.1 Colonia **[REDACTED]** 16.2 Municipio o delegación **[REDACTED]** 16.3 Entidad federativa **[REDACTED]**

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION **[REDACTED]**

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No Se ignora

20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: para cadáveres)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE **[REDACTED]**

22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [REDACTED]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: **[REDACTED]**

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión **[REDACTED]**

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número **[REDACTED]** 23.7.2 Colonia **[REDACTED]** 23.7.3 Localidad **[REDACTED]**

24. NOMBRE DEL INF. **[REDACTED]**

25. NOMBRE DEL CERTIFICANTE **[REDACTED]**

26. CERTIFICANTE Médico tratante Médico Otro Persona autorizada

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO SI No Se ignora

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE **[REDACTED]** Número de la cédula profesional **[REDACTED]**

29. TELÉFONO **[REDACTED]**

30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE **[REDACTED]**

31. FECHA DE CERTIFICACION **[REDACTED]**

32. FECHA DE CERTIFICACION **[REDACTED]**

33. LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL SI No Se ignora

34.1 Localidad **[REDACTED]** 34.2 Entidad federativa **[REDACTED]**

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

IMPRESO EN EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

150299344

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION 37
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01
LIBRO 04

FECHA DE REGISTRO
15 DE JULIO DE 2015

ACTA No.
00618

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: VICTORIA [REDACTED]
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: CUARTA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: BL [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DE REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO

DEL

33. LA AH 110
OFICIALIA Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

INTERESADO

Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

GILBERTO SALGADO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150294454

338

EN QUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION
 LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Masculino <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
6. PESO _____ Kilogramos Gramos _____		7. TALLA _____ Metros Centimetros _____
8. FECHA DE NACIMIENTO _____ Dia _____ Mes _____ Año _____		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un dia: Horas _____ Para menores de un mes: Dias _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento _____		10. ESTADO CONYUGAL En union libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
11.1 Calle y número _____		11.2 Colonia _____
11.4 Municipio o delegación _____		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. CONYUGACIÓN MARITAL Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16.1 Calle y número _____		16.2 Colonia _____
16.4 Municipio o delegación _____		16.5 Entidad federativa _____
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Dia _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardiaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Codigo CIE _____
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Codigo CIE _____
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.4 ¿Que parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
26. CERTIFICADA POR Medico tratante <input type="radio"/> 1 Medico legista <input type="radio"/> 2 Otro medico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____
32. FECHA DE CERTIFICACION Dia _____ Mes _____ Año _____		

Art. 110 LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA FOLIA _____ O JUZGADO _____
 LFTAIP _____ Libro Num. _____
 Motivación 1 _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 34.1 Localidad _____

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2 _____

150294454



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO		
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER SIERRA

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

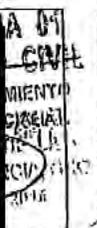
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA LEYERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMA

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ



GUERRERO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 DEFUNCION



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

540

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP	3. SEXO	
_____	Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
4. NACIONALIDAD		
Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA
SI <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	Kilogramos Gramos _____	Metros Centímetros _____
8. FECHA DE NACIMIENTO		
Día Mes Año _____		
9. EDAD CUMPLIDA		
Para menores de un año: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
10. ESTADO CONYUGAL		
En unión libre <input type="radio"/> _4_ Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Divorcedo(a) <input type="radio"/> _3_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _8_		
11.2 Colonia		

11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		
_____ RRERO		
12. ESCOLARIDAD		
Ninguna <input type="radio"/> _1_ Primaria incompleta <input type="radio"/> _2_ Secundaria incompleta <input type="radio"/> _4_ Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> _11_ Profesional <input type="radio"/> _7_ Se ignora <input type="radio"/> _99_		
13. ¿Trabajaba? SI <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _3_		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input checked="" type="radio"/> _3_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_		
14.1 Número de seguridad social o afiliación		

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_		
15.1 Nombre de la unidad médica		

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		
16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____		
16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		
Día Mes Año Hora Minutos 1 10 / 12 / 01 15 : 04 : 17		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
SI <input checked="" type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
SI <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, estroña, etc.)		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, o estados patológicos que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		
[Redacted]		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
Código CIE _____		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 A 64 AÑOS		
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_		
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
SI <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
SI <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> _1_ homicidio <input type="radio"/> _2_ suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		
SI <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?		
Área particular <input type="radio"/> _0_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Otro <input type="radio"/> _8_ Área comercial o de servicios <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
23.4 ¿Qué parientesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?		

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		

23.6 Delimita brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión		

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión.		
23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____		
23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE DEL INF.		

25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)		

26. CERTIFICADA POR		
Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _8_		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Número de la cédula profesional _____		
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
29. TELÉFONO		

30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE		

31. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Día Mes Año _____		
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
Núm. _____ Libro Núm. _____		
33.1 Acta Núm. _____		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
34.1 Localidad _____		
34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día Mes Año _____		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS
 150 294 297

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

541
461416



OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 21 DE AGOSTO DE 2015
LIBRO 04
ACTA No. 09794

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: SEGUNDA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



ARCHIVO

GRATUITO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL LA COPIA RESERVA LA COPIA (A) AL REGISTRO CIVIL EN ESTE...
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES...
 150287284

3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿TIENE ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO Kilogramos Gramos	
7. TALLA Metros Centímetros		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más	
9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorcado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a). 11.2 Colonia: [Redacted] 11.3 Localidad: [Redacted]			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			
15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]			
15.2 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad o lesión y la muerte: [Redacted]	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfénia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa congnada arriba mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [Redacted]			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficinas públicas <input type="radio"/> 2		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]			
24. NOMBRE [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICADO FUE EMITIDO POR: [Redacted]	
28. NOMBRE [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Redacted] 34.2 Municipio o delegación: [Redacted] 34.3 Entidad federativa: [Redacted] 34.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

S43



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
GUADALAJARA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE ATENDIO AL DEFUNTO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTES REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED]

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
MUNICIPIO DE GUADALAJARA
GUADALAJARA, GUERRERO
12 - 2011

INTERESADO

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GRAN DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150287336
544

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		19. ¿SE PRACTICÓ NEGROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p>		<p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p>		<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p>Código CIE</p>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad			

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150287336



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

461367

OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 19 DE AGOSTO DE 2016
LIBRO 04
ACTA No. 00785

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

INTERESADO

GR DEFUNCION TO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150294457

546

133

ENTRÉGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (RUBRO) Y LA 2ª COPIA (RUBRO) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 09		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorcado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05		Se ignora <input type="radio"/> 09			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad			
11.4 Municipio o delegación				11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07		13. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 09			
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 02 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08		14.1 Número de seguridad social o afiliación		Se ignora <input type="radio"/> 09			
IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11		Se ignora <input type="radio"/> 09	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad					
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 02 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 ¿En dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
		23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE		29. TELÉFONO					
Nombre(s)		Apellido paterno					
30. DOMICILIO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		17/08/2015 Día Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad			

150294457



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

547
461345

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____
AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

IGUALA GUERRERO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADÁVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: TERCERA CLASE _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IG: 3/10

INTERESADO

GR DEFUNCIONTO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

150286718

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO: Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 99

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1, No 2, Se ignora 99

6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA: [Redacted] Para menores de una hora Minutos, Para menores de un día Horas, Para menores de un mes Días, Para menores de un año Meses, Para personas de un año o más Años cumplidos

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento. [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 4, Separado(a) 6, Divorciado(a) 3, Vuido(a) 7, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 99

11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted]

11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (al residir en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Secundaria incompleta 4, Bachillerato o preparatoria incompleta 11, Profesional 7, Se ignora 99

Preescolar 12, Primaria completa 3, Secundaria completa 5, Bachillerato o preparatoria completa 6, Posgrado 10

13. Ocupación: [Redacted] Se ignora 99

13.1 Trabajaba: Sí 1, No 2, Se ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8

IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS Oportunidades 10, Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad médica privada 9

IMSS Oportunidades 2, ISSSTE 4, SEDENA 8, Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

Via pública 10, Otro lugar 11, Hogar 11, Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted] Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1, No 2, Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROP? Sí 1, No 2

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo, paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo. [Redacted]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, 43 días a 11 meses después del parto 2, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 3

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1, No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1, No 2

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 99

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1, No 2, Se ignora 99

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 1, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 2, Escuelas u oficinas públicas 3, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Área deportiva 3, Calle o camatera (vía pública) 4, Granja (rancho o parcela) 7, Área comercial o de servicios 5, Otro 8, Se ignora 99

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INFANTE

24. NOMBRE DEL INFANTE: [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico 1, Médico legista 2, Otro médico 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4, Autoridad civil 5, Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

28. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

29. FECHA DE REGISTRO: [Redacted] Día Mes Año

DEL REG CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [Redacted]

150286718

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO



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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. CURP		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 99 <input checked="" type="radio"/> 98 <input type="radio"/> 97		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.		11. RESIDENCIA HABITUAL (Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Ciudad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Ciudad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos					
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="radio"/> b) <input type="radio"/> c) <input type="radio"/> d) <input type="radio"/> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervalo aproximado		Código CIE		Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno					
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija					
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad					

150299375



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

SSO
461321

OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 13 DE AGOSTO DE 2015
LIBRO 04
ACTA No. 00739

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA QUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL 3. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010401012100815.
OFICIO NUM: 5315. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 11 DE AGOSTO DE 2015.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
HERIBERTO SALGADO

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, QUERRERO
2012 - 2015

INTERESADO

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GR DEFUNCION TO

XOCHITL

PLATEROS

Apellido paterno

SSU

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: SI Se ignora

6. PESO: Kilogramos Gramos

7. TALLA: Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11.4 Municipio o delegación: [Redacted]

11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra Unidad pública

15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]

16.1 Calle y número: CALLE, PLATEROS

16.2 Colonia: COL. PUENTE

16.3 Localidad: [Redacted]

16.4 Municipio o delegación: [Redacted]

16.5 Entidad federativa: [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 10/08/2015 15:00

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: SI No Se ignora

19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?: SI No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.

21. CATEGORÍA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [Redacted]

22.1 ¿La defunción corresponde a una mujer de 10 a 44 años embarazada o en periodo de lactancia? El embarazo El parto El puerperio

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente o homicidio Suicidio Se ignora 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública

23.4 Nombre: [Redacted]

23.5 Entidad federativa: [Redacted]

23.6 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7.1 Calle y número: [Redacted]

23.7.2 Colonia: [Redacted]

23.7.3 Localidad: [Redacted]

23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted]

23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]

24. NOMBRE: [Redacted]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 4255372

28. NOMBRE: [Redacted]

29. TELÉFONO: [Redacted]

30. DOMICILIO: [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num [Redacted] Libro Num [Redacted] Acta Num 00739

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad: Iguala, Guerrero 34.3 Entidad federativa: Guerrero 34.4 Día Mes Año: 13/08/2015

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DEL FALLECIDO.



150297784

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

SSC

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] DAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: EDIF. [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED] (MUNICIPIO): [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA): [REDACTED] (PAIS): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] D.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL 3. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010401012100815.
OFICIO NUM: 5287, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 10 DE AGOSTO DE 2015

FIRMAS

[REDACTED]

DECLARANTE

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO

INTERESADO

GRATIA Y VIVITIO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) TEJAN MANRIQUE	
2. CURP [REDACTED]	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
6. PESO Kilogramos Gramos	
7. TALLA Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5	
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto Menstruación embarazada en los últimos 4 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunjo: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela, institución pública <input type="radio"/> 2	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [REDACTED]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE DEL INF. [REDACTED]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: [REDACTED]	
28. NOMBRE DEL C. [REDACTED]	
29. TELÉFONO [REDACTED]	
30. DOMICILIO DEL C. [REDACTED]	
31. FIRM. [REDACTED]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num. 33.1 Acta Num. 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Día Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	ACTA No. 1	LOCALIDAD	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA			
FINADO			
NOMBRE:	[REDACTED]		SEXO: HOMBRE <input checked="" type="radio"/> MUJER <input type="radio"/>
	NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
		AA'OS MESES DIAS HORAS	
LUGAR DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	[REDACTED]	MEXICO (PAIS)
	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
DOMICILIO HABITUAL:	[REDACTED]		ESTADO CIVIL: [REDACTED]
	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		
IGUALA (LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE			NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE			NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE			NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	HORA:	[REDACTED]
LUGAR: HOGAR			CERTIFICADO NO. [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION:	[REDACTED]	ORDEN NO.:	[REDACTED]
DONDE [REDACTED]	[REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE	[REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION	[REDACTED]		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	[REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	[REDACTED]		
DOMICILIO:	[REDACTED]		
DECLARANTE			
NOMBRE:	[REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	PARENTESCO:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]	OCUPACION:	[REDACTED]
TESTIGOS			
NOMBRE:	[REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	PARENTESCO:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]	OCUPACION:	[REDACTED]
NOMBRE:	[REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	PARENTESCO:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]	OCUPACION:	[REDACTED]
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.			
FIRMAS			
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
DECLARANTE		TESTIGO	
LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL			
EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ		[REDACTED]	

GRATIA
 DEFUNCION
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150287246

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _99		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> _99					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4_ Separado(a) <input type="radio"/> _5_ Divorciado(s) <input type="radio"/> _3_ Vido(a) <input type="radio"/> _2_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Casado(a) <input type="radio"/> _6_ Se ignora <input type="radio"/> _99		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					
11.1 Calle y número _____		11.2 Colonia _____		11.3 Localidad _____	
11.4 Municipio o delegación _____			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1_ Primaria incompleta <input type="radio"/> _2_ Secundaria incompleta <input type="radio"/> _4_ Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> _11_ Profesional <input type="radio"/> _7_ Se ignora <input type="radio"/> _99 Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria completa <input type="radio"/> _3_ Secundaria completa <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> _6_ Posgrado <input type="radio"/> _10_			13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _99		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99			14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			15.3 Localidad _____ 15.4 Municipio o delegación _____ 15.5 Entidad federativa _____		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número _____		16.2 Colonia _____		16.3 Localidad _____	
16.4 Municipio o delegación _____			16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		Código CIE _____
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Debido a (o como consecuencia de) _____					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _8_		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _99		23.3 ¿Sitio donde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Escuelas u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Área comercial o de servicios <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? _____		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión					
23.7.1 Calle y número _____		23.7.2 Colonia _____		23.7.3 Localidad _____	
23.7.4 Municipio o delegación _____			23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			_____		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _8_			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		
28. NOMBRE			29. TELÉFONO		
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			_____		
30. DOMICILIO			31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
_____			_____		Día _____ Mes _____ Año _____
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Num. _____ Pro Num. _____		34.1 Localidad _____			



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 12 DE AGOSTO DE 2015	
LIBRO 04	ACTA No. 00722	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
(NOMBRE(S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE _____ EDAD: _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOSPITAL REFORMA CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: AL A FALLA ORGANICA MULTIPLE

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 6889 _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ



INTERESADO

COMISION DE DEFUNCIONES
GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150287243

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO		
1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____	8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada _____ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código _____
DE LA DEFUNCIÓN		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 2 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Código CIE _____		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
DEL CERTIFICANTE		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE _____		29. TELÉFONO _____
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
EL REG. CIVIL		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____



REGISTRO CIVIL

3 9 4 2 8 0 7 5

1353934

Ciudad de México

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	ANIO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
9	6	14	17940	2015	DE	04-08-2015

F I N A D O	Nombre	Edad	Género
	Lugar de Nacimiento	Ocupación	
	Domicilio	Nacionalidad	
	Estado Civil CASADO(A)		
	Nombre del Padre		
	Nombre de la Madre		

F A L L E C I M I E N T O	El Cuerpo Será INHUMADO	Orden No.
	En el	
	Ubicado en	
	Fecha de la Defunción	Hora Defunción
	Lugar de la Defunción	
	Causa(s) de la Muerte	
Médico que Certifica	Cédula Profesion	
Domicilio del Médico		

D E C L A R A N T E	Nombre	Edad 39 AÑOS
	Parentesco con el Fina	
	Nacionalidad	
	Domicilio	

ANOTACIONES:
LA INHUMACION SERA EN EL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA MUNICIPIO DE IGUALA, ESTADO DE GUERRERO

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlos que no imprimen su huella digital / Se cerró el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 14

FIRMA

FIRMA DEL JUEZ

LIC. ALONSO MARIQ CUEVAS MELO



ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN SIN LOS CUALES ESTA

No: Fecha: Firma:

No: Fecha: Firma:

MELC - Dirección General Del Registro Civil

PAGO DE DERECHOS \$

COMPROBANTE DE PAGO No.

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 6 Y DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2015.

JUEZ 14 DEL REGISTRO CIVIL

[Redacted signature area]



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Julio 2016
FOLIO

559

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted]		2. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
2. CURP [Redacted]		3. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]		5. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. PESO [Redacted]		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas Minutos Para menores de un día: Días Para menores de un mes: Meses Para menores de un año: Años completos [Redacted]		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle y número permanente donde vive el fallecido(a) [Redacted]		11. RESIDENCIA HABITUAL Calle y número permanente donde vive el fallecido(a) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]		14.1 Número de antigüedad social o afiliación [Redacted]	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15.1 Número de la unidad médica [Redacted]	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]		16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]		16.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar causas de riesgo, ejemplo: para cardíaco, aséptico, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo. [Redacted]		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		22. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN NIÑO DE 15 A 14 AÑOS? 22.1 Especifique si la muerte ocurrió en: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 22.2 ¿La causa principal de la muerte se relaciona con el embarazo o el parto o el puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 ¿Ocurrió en el trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el hogar? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 ¿Ocurrió en un sitio distinto al hogar o el trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.4 ¿Ocurrió en un sitio distinto al hogar, el trabajo o un sitio distinto al hogar o el trabajo? Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.5 La lesión se produjo en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describe brevemente la lesión, su naturaleza y motivos en que se produjo la lesión. [Redacted]	
23.7 ¿Fue en caso de accidente, en el domicilio donde ocurrió la lesión? 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad		23.8 ¿Ocurrió en un sitio distinto al hogar, el trabajo o un sitio distinto al hogar o el trabajo? 23.8.1 Calle y número 23.8.2 Colonia 23.8.3 Localidad		23.9 ¿Ocurrió en un sitio distinto al hogar, el trabajo o un sitio distinto al hogar o el trabajo? 23.9.1 Calle y número 23.9.2 Colonia 23.9.3 Localidad	
24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted]		25. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Médico <input checked="" type="radio"/> Médico general <input type="radio"/> Médico especialista <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
27. SI LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]		28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año		29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]	

150161487



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



560
461310

OFICIALIA 01
LIBRO 04
FECHA DE REGISTRO 12 DE AGOSTO DE 2015
ACTA No. 00728

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: 10 DE JUNIO DE 1978 EDAD: 39 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)
ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO. _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: TERCERA CLASE ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL 1. CARPETA DE INVESTIGACION. 12060010200985020815.
OFICIO NÚM. 1082. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 2 DE AGOSTO DE 2015.

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCION
SELLADO DE LA OFICIALIA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
2012 - 2015

INTERESADO

GRAN DEFUNCION TO
 GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150297765

862

ENTREGAR EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

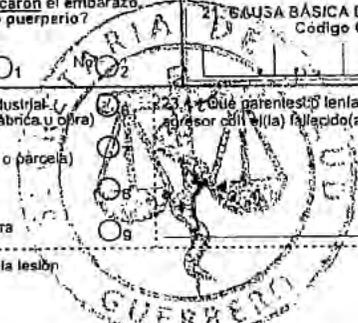
DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Apellido paterno	
Apellido materno			
2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos	
7. TALLA Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 1 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
16.1 Calle y número		16.2 Colonia	
16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación	
16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Devido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Devido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Devido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Devido a (o como consecuencia de)</p>		Código CIE	
<p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p>			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 Si parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto asesor del (la) fallecido(a)?	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto asesor del (la) fallecido(a)?	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número.		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	
23.7.3 Localidad		23.7.4 Municipio o delegación	
23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Apellido paterno	
Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE		29. TELÉFONO	
Nombre(s)		Apellido paterno	
Apellido materno			
30. DOMICILIO		31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	



150297765

Art. 410
Fracc. V
LFTAIP

Motivación 2

562

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INE [REDACTED]

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (2) DOS DIA(S) DEL MES DE AGOSTO DEL
DOS MIL QUINCE
"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
GUERRERO
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED]
que en vida respondió al nombre de [REDACTED] N [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED] ALVARO [REDACTED] 419 DEL [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

Instrucción: P [REDACTED] EN FAVOR DEL CASO

Lugar del [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 1
del Distrito Judicial de HIDALGO.

[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

38V1559V2015L3087087N2015
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

563

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150295406

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) _____		Apellido paterno _____		Apellido materno _____	
2. CURP		_____		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
		_____		Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Kilos _____ Gramos _____		_____		Día _____ Mes _____ Año _____	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora _____ Minutos _____		Para menores de un día _____ Horas _____		Para menores de un mes _____ Días _____	
		Para menores de un año _____ Meses _____		Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____		Se ignora <input type="radio"/> 09	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____				10. ESTADO CONYUGAL			
				En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
11.1 Calle y número _____		11.2 Colonia _____		11.3 Localidad _____			
11.4 Municipio o delegación _____				11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____			
12. NIVEL DE EDUCACIÓN				13. OCUPACIÓN HABITUAL			
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99				_____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10				13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				14.1 Número de seguridad social o afiliación: _____			
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08							
IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica _____		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
16.1 Calle y número _____		16.2 Colonia _____		16.3 Localidad _____			
16.4 Municipio o delegación _____				16.5 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN							
_____				18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
				Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
				19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
				Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad o lesión y la muerte: _____		Usar el código del personal calificado del Código CIE _____	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) _____					
c) _____		d) _____					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		e) _____					
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN ADOLESCENTE O MUJER DE 10 A 54 AÑOS							
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo <input type="radio"/> 01		El parto <input type="radio"/> 02		El puerperio <input type="radio"/> 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05				22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
23.1 Fue un presunto _____		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 01		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06	
Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09				Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 02		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07	
				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 03		Otro <input type="radio"/> 08	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04		Se ignora <input type="radio"/> 09	
				Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión							
23.7.1 Calle y número _____		23.7.2 Colonia _____		23.7.3 Localidad _____			
23.7.4 Municipio o delegación _____				23.7.5 Entidad federativa _____			
24. NOMBRE DEL INFANTE							
Nombre(s) _____		Apellido paterno _____		Apellido materno _____		LA) FALLECIDO(A) _____	
26. CERTIFICADA POR				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08				Número de la cédula profesional _____			
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE				29. TELÉFONO			
Nombre(s) _____		Apellido paterno _____		Apellido materno _____		_____	
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE				31. FIRMA DEL CERTIFICANTE		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
_____		_____		_____		Día _____ Mes _____ Año _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA AFILIACIÓN O JUZGADO				34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Fracc. V, VII		Libro Núm. _____		34.1 Localidad _____		Art 113	
PTAIP						Fracc. I	
						LFTAIP	
Motivación 1				Motivación 2			



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



187418

569

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
	01 DE OCTUBRE DE 2018	IGUALA
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
	03	GUERRERO
MUNICIPIO	FINADO	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
NOMBRE:	[REDACTED]	
	NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	25 DE MAYO DE 1938	EDAD: 77 AÑOS MESES DIAS HORAS
		NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	
	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
	[REDACTED]	[REDACTED] GUERRERO [REDACTED]
	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	[REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR	[REDACTED]	CERTIFICADO NO [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]	
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: CA [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE	[REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCION:	[REDACTED]	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEF [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

GRUPO DE DEFUNCION
GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

TESTIGO DECLARANTE
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
SEDE DE LA OFICIALIA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

565

A DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 150 287 550

A. EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 150 287 550. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTI- CIPANTES. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTI- CIPANTES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
5. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años Se ignora <input type="radio"/> 9		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99			
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación			16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) c) d)				Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3. Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (apdo, granate, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuelas u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?					
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión					
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación			23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad			
33.1 Acta Num		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa	
33.2 Fracc. V. VII		34.4 Día		34.5 Año	

LFTAI P ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL		ACTA DE DEFUNCION CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION	
OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD	IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA		GUERRERO	
FINADO			
NOMBRE: _____			
FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS			
LUGAR DE NACIMIENTO: _____			
DOMICILIO HABITUAL: _____			
NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____			
NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____			
NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____			
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____			
LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____			
DESTINO DEL CADAVER: _____ CREMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____			
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____			
DONDE FALLECIO: _____			
CAUSAS DE LA MUERTE: _____			
TIPO DE DEFUNCION: _____			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____			
DOMICILIO: _____			
DECLARANTE			
NOMBRE: _____ EDAD: _____			
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____			
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____			
TESTIGOS			
NOMBRE: _____ EDAD: _____			
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____			
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____			
NOMBRE: _____ EDAD: _____			
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____			
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____			
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES			
PRESENTO RESUMEN			
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL. PARA EL CASO TENAZA EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ			
		SELLO DE LA OFICIALIA H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL OFICINA No. 01 DEL REGISTRO CIVIL 2013-2018	

567
566

INTERESADO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

567

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 99 Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Profesional <input type="radio"/> 07 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 SEDENA <input type="radio"/> 05 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Otra <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 99			14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 08 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09			15.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input checked="" type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 99
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos			18. ¿SE ENFERMO ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)					20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> c) <input type="text"/> d) <input type="text"/> Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					Código CIE
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03 Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.4.1 Pariente <input type="radio"/> 01 23.4.2 Otro <input type="radio"/> 02 23.4.3 Otro <input type="radio"/> 03 23.4.4 Otro <input type="radio"/> 04 23.4.5 Otro <input type="radio"/> 05 23.4.6 Otro <input type="radio"/> 06 23.4.7 Otro <input type="radio"/> 07 23.4.8 Otro <input type="radio"/> 08 23.4.9 Otro <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión					
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 4358074		
28. NOMBRE			29. TELÉFONO		
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
30. DOMICILIO			31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Calle Mex-Ara km 196			[Firma]		[Fecha]
34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa	
34.4 Día		34.5 Mes		34.6 Año	

DEL REGISTRO CIVIL

Art. 110

Fr. 110

LFTAIIP

Motivación 1

Art. 113

Fr. 113

LFTAIIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



568

472456

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO
LIBRO 05	ACTA No.
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____ ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____

ESTADO CIVIL: _____

IGUALA (LOCALIDAD) _____ GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO. _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: AV. DE _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A _____ B _____ C _____

TIPO DE DEFUNCION: NA _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARIENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARIENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARIENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
CREACION Y DEFUNCION

569

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBER. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PAÍS

NOMBRE(S)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	
¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para persona de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.		11.1 Calle y número		11.2 Colonia	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir (ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.))		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		EL(LA) FALLECIDO(A)	
28. NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
29. NÚMERO		30. TELÉFONO		FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad	
33.1 Acta Núm. Libro Núm.		34.2 Municipio o delegación			



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

S70
487413



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA
		GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: GALLERIA [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] REMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATATORIO [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLE [REDACTED]

CAUSAS DE LA [REDACTED]

TIPO DE DEFUN [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: ALBERGUE [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: ED [REDACTED] OCUPACION: MA [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED]



GRUPO DEFUNCION T
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1/ Mujer <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1/ Otra <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]
9. EDADE CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 9	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4/ Separado(a) <input type="radio"/> 5/ Divorciado(a) <input type="radio"/> 6/ Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2/ Soltero(a) <input type="radio"/> 1/ Casado(a) <input type="radio"/> 3/ Se ignora <input type="radio"/> 9		
11.4 Municipio o delegación [REDACTED]		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1/ Primaria incompleta <input type="radio"/> 2/ Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4/ Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11/ Profesional <input type="radio"/> 7/ Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12/ Primaria completa <input type="radio"/> 3/ Secundaria completa <input type="radio"/> 5/ Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6/ Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajador <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1/ ISSSTE <input type="radio"/> 2/ SEDENA <input type="radio"/> 5/ Seguro Popular <input type="radio"/> 7/ Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2/ PEMEX <input type="radio"/> 4/ SEMAR <input type="radio"/> 6/ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10/ Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1/ IMSS <input type="radio"/> 3/ PEMEX <input type="radio"/> 5/ SEMAR <input type="radio"/> 7/ Unidad médica <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2/ ISSSTE <input type="radio"/> 4/ SEDENA <input type="radio"/> 6/ Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] Via pública <input type="radio"/> 10/ Otro lugar <input type="radio"/> 11/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (GLUES) [REDACTED]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		16.5 Entidad federativa [REDACTED]	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Intervalo aproximado [REDACTED] Uso exclusivo del aditamento CIE	
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1/ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2/ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3/		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE [REDACTED] (Uso exclusivo de persona calificada)	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1/ Homicidio <input type="radio"/> 2/ Suicidio <input type="radio"/> 3/ Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 ¿Su vivienda ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 0/ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1/ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2/		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6/ Área deportiva <input type="radio"/> 3/ Calle o cametera (vía pública) <input type="radio"/> 4/ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7/ Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5/ Otro <input type="radio"/> 8/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED]		23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]	
24. NOMBRE [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL (A) FALLECIDO(A) [REDACTED]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1/ Médico legista <input type="radio"/> 2/ Otro médico <input type="radio"/> 3/ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4/ Autoridad civil <input type="radio"/> 5/ Otro <input type="radio"/> 8		27. [REDACTED] MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]	
28. NOMBRE [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]	
30. DOMICILIO [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED]		32. FECHA DE CERTIFICACION Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	
33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Art. 110 Fracc. I LTAIP [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] Art. 113 Fracc. I [REDACTED]	

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



150294608



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



572

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: 5 ACTA No.: [REDACTED]

LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

SEXO: HOMBRE (X) MUJER ()
NOMBRE: SALVADOR VENTURA JIMENEZ
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 20 DE JUNIO DE 1942 EDAD: 73 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA IG [REDACTED] GUERRERO [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] SE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

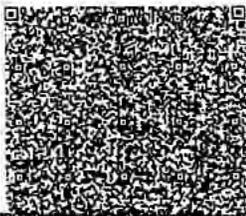
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIAL EN JEFE DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

[REDACTED]

GRUPO DEFUNCION TO
GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

573

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		2. CURP		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 99 Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO Kilogramos Gramos Metros Centímetros		7. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		73 Años cumplidos			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle y número Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Blnve Habla de Elnbldlthlos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
16. DESCRIBIR BREVEMENTE CÓMO SE PRESENTÓ LA DEFUNCIÓN		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que contribuyeron a producir la muerte mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Vivienda colectiva (casa, apartamento, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuelas u oficinas públicas <input type="radio"/> 02		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa			
DEL INE.		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre completo Número de la Cédula profesional			
DEL CERTIFICANTE		28. NOMBRE		30. DOMICILIO			
DEL REG. CIVIL		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.
 150287425



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

IGUALA _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION _____

NOMBRE DEL MEDICO _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALCADO LOPEZ

OFICIALIA
REGISTRO CIVIL
DE LA OFICINA
CONSULTAS
IGUALA DE LA
INDEPENDENCIA

GRAN DEFUNCIONTO

JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

Art. 1
Fracc.
LFTAIIP

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

5275

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

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
2. CURP [Redacted]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]	
9.1 Para menores de un año escribe el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11. RESIDENCIA HABITUAL (Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si realizó en el extranjero) [Redacted]					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted] b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el/la fallecido(a)?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]					
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]					
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			25. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]		
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			29. TELÉFONO [Redacted]		
30. DOMICILIO [Redacted]			31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			

Art. 110

Fracc. V, VII

LFTAI

Motivación 1

Art. 413

Fracc. I

LFTAI

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

876



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AA'OS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED]

IGUALA [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

- B) [REDACTED]
- C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED SIGNATURES]

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIEREN EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

OFICIALIA-01
REGISTRO CIVIL
SELLO DEL MUNICIPIO
CONSTITUCION
IGUALA DE LA
INDEPENDENCIA, COA.
2012 - 2015

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GRABACION Y VIDEO
DEFUNCION

Art. 10
Fracción
LFTAIIP

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

150299395

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) 577	
2. CURP Apellido paterno Apellido materno	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
6. PESO Kilogramos Gramos	
7. TALLA Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido 11.1 Municipio o delegación 11.2 Colonia 11.3 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 8 Otra <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	
DEL INF.	
24. NOMBRE	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
26. NOMBRE	
30. DOMICILIO 30.1 Calle y número 30.2 Colonia 30.3 Localidad 30.4 Municipio o delegación 30.5 Entidad federativa	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____, Libro Núm. _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	

Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

578

A. CLASE
ANT. MPAL.

ENTRÉQUE EL ORIGINAL EN COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER LA 3ª COPIA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

1 NOMBRE DEL FALLECIDO (Nombre, Apellido paterno, Apellido materno)

2 SEXO: Masculino Femenino Otro

3 EDAD (Escriba años, meses, días)

4 NACIONALIDAD: Mexicana Extranjera Se ignora

5 ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

6 PESO: Adultos Niños Bebés

7 TALLA: Adultos Niños Bebés

8 FECHA DE NACIMIENTO: Día, Mes, Año

9 EDAD CUMPLIDA: Para menores de un año, Para menores de un año a un mes, Para menores de un mes, Para menores de un día, Para personas de un año o más

10 ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11 RESIDENCIA: Urbana Rural

12 EDUCACIÓN: Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora

13 OCUPLICACIÓN HABITUAL: Si No Se ignora

14 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O SIMILAR: [Redacted]

15 AFINILIDAD A SERVICIOS DE SALUD: ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora

16 SÍMBOLO DE LA DEFUNCIÓN: Sagrada de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada Via pública Otro lugar Hogar Se ignora

17 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día, Mes, Año, Horas, Minutos

18 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora

19 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Parte I): [Redacted]

20 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No

21 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código ICD)

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22 ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS, ESPECIFIQUE SI VA MUERTO DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO? Sí No

23 ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON CON SECUELAS? Sí No

24 ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON CON SECUELAS PERO O PUERPERIO? Sí No

25 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Fue un presunto homicidio Suicidio Se ignora

26 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular Vivienda colectiva Escuela u oficina pública Área industrial Área de recreación Calle o carretera Área comercial o de servicios Se ignora

27 ¿La defunción fue registrada en el registro de defunciones? Sí No

28 Descripción de la situación circunstancial o motivos que causaron la lesión.

29 ¿Solo en caso de accidente? Sí No

DEL INTERESADO

30 NOMBRE: [Redacted]

31 PARIENTESCO CON EL FALLECIDO: [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

32 CERTIFICADA POR: Médico Otro Persona autorizada por el Secretariado de Salud Autoridad pública Otro

33 NOMBRE: [Redacted]

34 TELÉFONO: [Redacted]

35 DISTRITO: [Redacted]

36 FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día, Mes, Año

DEL REGISTRO CIVIL

37 LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DEL JUZGADO: Sí No

38 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Lugar, Día, Mes, Año



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



579

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

IGUALA (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

HOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: ISSSTE _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010201162100915.

OFICIO NUM: 6513/2015. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 13 DE SEPTIEMBRE DE 2015

TESTIGO _____ FIRMAS _____

TESTIGO _____ DECLARANTE _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO L.

OFICIALIA
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
SEPTIEMBRE
INDEPENDENCIA, GRC
2012 - 2015

GRUPO DE DEFUNCION
 GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO(A)

580

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexican <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)			
11.1 número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 número			
16.2 Colonia		16.3 Localidad			
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 4 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.4 ¿Qué presunciones le lleva el presunto fallecido(a) a la muerte? Se ignora <input type="radio"/> 99	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		COORDINACIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL			
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación	
33.1 Acta Núm.		34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Art. 113
Fracc. I
LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

501

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO 05	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO. Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
SELLADOR PROFESIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
2012 - 2016

GRUPO DE DEFUNCIONES
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

582

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. CURP		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
								Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO					
Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09											
9. EDAD CUMPLIDA		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL							
Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____				En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorcado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09							
11. RESIDENCIA HABITUAL		11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL		13.1 Trabajaba							
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación									
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 MSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99											
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99									

16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?							
Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02							
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		_____ Código CIE		El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		_____ Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo											

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión.		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?					
Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09		_____ Código CIE					
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión							
				23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____							

25. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(S)		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28. NOMBRE		29. TELÉFONO		30. DOMICILIO			
_____ Código CIE		Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		_____ Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		_____ Número de la cédula profesional		_____ Día _____ Mes _____ Año _____		_____ Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
V. VII Libro Núm. _____		34.1 Localidad _____ Día _____ Mes _____ Año _____		_____ Día _____ Mes _____ Año _____		_____ Día _____ Mes _____ Año _____							

SEGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMEN.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

S83

LEY FEDERAL DE TRANSFERENCIAS DE ENTIDADES FEDERATIVAS Y DEL DISTRITO FEDERAL DE 2012
 LEY FEDERAL DE TRANSFERENCIAS DE ENTIDADES FEDERATIVAS Y DEL DISTRITO FEDERAL DE 2012

NOMBRE DEL FALLECIDO		[REDACTED]	
NOMBRE DEL PADRE		[REDACTED]	
NOMBRE DE LA MADRE		[REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE		[REDACTED]	
NOMBRE DEL HIJO		[REDACTED]	
1. CATEGORIA DE FALLECIDO a) <input type="radio"/> Empleado b) <input type="radio"/> Retirado c) <input type="radio"/> Pensionado d) <input type="radio"/> Otro		2. CATEGORIA DE FALLECIDA a) <input type="radio"/> Empleado b) <input type="radio"/> Retirada c) <input type="radio"/> Pensionada d) <input type="radio"/> Otra	
3. INSTITUCION DE SERVICIOS DE SALUD a) <input type="radio"/> ISSSTE b) <input type="radio"/> SCDBIM c) <input type="radio"/> Seguro Popular d) <input type="radio"/> Otra			
4. SITIO DE OCUERSON DE LA DEFUNCIÓN a) <input type="radio"/> En casa b) <input type="radio"/> En casa c) <input type="radio"/> En casa d) <input type="radio"/> En casa			
5. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]		6. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]	
7. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		8. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
9. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]			
10. CATEGORIA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]			
11. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
12. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
13. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
14. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
15. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
16. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
17. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
18. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
19. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
20. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
21. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
22. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
23. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
24. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
25. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
26. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
27. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
28. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
29. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
30. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
31. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
32. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
33. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
34. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
35. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
36. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
37. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
38. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
39. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
40. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
41. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
42. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
43. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
44. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
45. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
46. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
47. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
48. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
49. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
50. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
51. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
52. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
53. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
54. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
55. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
56. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
57. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
58. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
59. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
60. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
61. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
62. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
63. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
64. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
65. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
66. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
67. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
68. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
69. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
70. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
71. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
72. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
73. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
74. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
75. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
76. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
77. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
78. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
79. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
80. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
81. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
82. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
83. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
84. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
85. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
86. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
87. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
88. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
89. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
90. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
91. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
92. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
93. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
94. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
95. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
96. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
97. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
98. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
99. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
100. SE PRACTICÓ AUTOPSI <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

584

1. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		1. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
2. CURP _____		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____		6. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 7 Soltero(a) <input type="radio"/> 8 Casado(a) <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía al fallecido(a) _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____					
12. ESCOLARIDAD Primaria Incompleta <input type="radio"/> 1 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 5 Primaria completa <input type="radio"/> 6 Secundaria completa <input type="radio"/> 7 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Unidad médica privada <input type="radio"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____					
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
19. ¿SE REALIZÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfixia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____					
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) _____</p> <p>b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>d) _____</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</p>					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio. El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____					
23. SI LA MUERTE FUER ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un accidente: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela o oficina pública <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Que pariente leña el presunto agresor con (si) la fallecido(a)? _____ 23.5 La defunción fue reportada en el Ministerio Público al acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____					
24. NOMBRE DEL INF. _____ (LA) FALLECIDO(A) _____					
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6					
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: _____ Número de la cédula profesional _____					
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____					
29. TELÉFONO: _____					
30. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INQUIRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad _____ Día _____ Mes _____ Año _____					



REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO 22 DE SEPTIEMBRE DE 2015

LIBRO 05 ACTA No. 00876

LOCALIDAD IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

472449
585

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

CEJA BLANCA [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: OTRO LUGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] N NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIÓ: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

B) OCLUSION INTESINAL

C)

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: BENJAMIN ANGELES ZARAGOZA

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

[REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. GILBERTO SALGADO LOPEZ

OFICIALIA DE REGISTRO CIVIL SECCION DE LA OFICIALIA CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, G. GU. 2012 - 2019

INTERESADA

GRATIFICACION GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

EN -¡UE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 2		3. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		5. TALLA Metros _____ Centímetros _____
6. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
7. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente b) Causas antecedentes c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ 19.2 Código CIE _____
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (dormitorio, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Código CIE _____
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____		



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

867
587

LOS DATOS SIGUIENTES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI No Se ignora

6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplido

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
11.1 Colonia [Redacted] 11.2 Ciudad [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora

13.1 Trabajaba SI No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 15.3 Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI No

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo- paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado Código CIE

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]

CAUSAS ANTECEDENTES: Estados morbosos o estados agudos que produjeron la causa mencionada en el último renglón de la causa básica.

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
23.1 Fue un presunto: Acidente Homicidio Suicidio Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad? SI No Se ignora

23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted]

13/05/2015



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01
LIBRO 05
FECHA DE REGISTRO 07 DE OCTUBRE DE 2015
ACTA No. 00851

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: 28 DE SEPTIEMBRE DE 1944 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: M. [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: IMSS CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: C. [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE Cedula PROFESIONAL [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES ()
- PRESENTO REQUISITOS

VAL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL MOMENTO DE SU FALLECIMIENTO INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED]
FIRMA

SELO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GRAN DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

589

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

2. CURP
 3. SEXO Homb 99 Mujer 02 Se ignora 09

4. NACIONALIDAD Otro 02 Se ignora 09

5. ¿Tiene o tuvo lengua indígena? SI 01 Se ignora 09

6. PESO Kilogramos Gramos

7. TALLA Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 08 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 09

11. RESIDENCIA HABITUAL Calle(s) No. 11 31 Ciudad

12. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 03 Bachillerato o preparatorio incompleta 04 Profesional 07 Se ignora 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora 99

13.1 Trabajaba SI 01 No 02 Se ignora 09

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 PEXEM 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09 IMSS Oportunidades 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año Mes Día Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 01 No 02 Se ignora 09

19. ¿SE EFECTUÓ NECROPSIA? SI 01 No 02

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de muerte: por accidente, sepsis, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

b)

c)

d)

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

22.3 ¿Las causas anotadas comenzaron el embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 08

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01 No 02

23.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01 No 02

23.4 ¿Qué presunción tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio o delegación

23.7.5 Entidad federativa

DEL INFANTE

24. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro 03 Persona autorizada por Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 06

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ANOTE SU NOMBRE Y APELLIDO

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO



150295407

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

590

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
8. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 04	
11. RESIDENCIA HABITUAL Calle y número: _____ Colonia: _____ Ciudad: _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____			
12. ESCOLARIDAD		13.1 Trabajaba	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Postgrado <input type="radio"/> 10		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Segura Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
14.1 Número de seguridad social o afiliación: _____			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 07 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica: _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____ 15.3 Entidad federativa: _____			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número: _____ Colonia: _____ Ciudad: _____ 16.5 Entidad federativa: _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Hora: _____ Minutos: _____ 17.5 Entidad federativa: _____			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ahogado, quemado, asfixia, etc.)		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica Devido a (o como consecuencia de)		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Área industrial (fábrica, taller, obra) <input type="radio"/> 06 Granje (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (edificio, apartamento, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, indique el lugar donde ocurrió la lesión			
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	
23.7.3 Localidad			
23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE DEL INF. EL(LA) FALLECIDO(A)			
26. CERTIFICANTE Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08			
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE			
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
33.1 Acta Num.		34.1 Localidad	
33.2 Libro Num.		34.2 Municipio o delegación	
33.3 Acta Num.		34.3 Entidad federativa	
33.4 Acta Num.		34.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

591

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: 01 FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: 85 ACTA No: 0 [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
 FINADO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: 08 DE FEBRERO DE 1936 EDAD: 79 AÑOS MESES: [REDACTED] DIAS: [REDACTED] HORAS: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: ODILON MARTINEZ CADENA (FINADO) NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: MARCELA [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: D [REDACTED] A [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: C [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A [REDACTED] B [REDACTED] C [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA



AL DE LA FAMILIA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO

OFICIALIA

GR DEFUNCION TO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

592

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años completos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de foto del Certificado de Nacimiento _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Divorcedo(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 4 Soltero(a) <input type="radio"/> 5 Casado(a) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9
11.1 Calle y número _____		11.2 Colonia _____
11.4 Municipio o delegación _____		11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 Preescolar <input type="radio"/> 10 Primaria completa <input type="radio"/> 11 Secundaria completa <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 13 Postgrado <input type="radio"/> 14		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Unidad médica privada <input type="radio"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
15.3 Localidad _____		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Fecha: _____ Hora: _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Intervento aprobado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes (enfermedades, lesiones, etc.) que existieron antes de la causa principal, pero que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo a) Debidó a (o como consecuencia de) _____ b) Debidó a (o como consecuencia de) _____ c) Debidó a (o como consecuencia de) _____ d) Debidó a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otro estado patológico significativo que contribuyó a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o estado moribundo que la produjo _____		
22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 34 años ¿Embarazo? El embarazo <input type="radio"/> 1 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 2 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 5 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 6 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? _____		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____		29. TELÉFONO _____
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LOCALIDAD _____
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		33.1 Acta Núm. _____
33.2 Municipio o delegación _____		33.3 Entidad federativa _____
33.4 Día _____		33.5 Mes _____
33.6 Año _____		33.7 Año _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

593

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01
LIBRO 03

FECHA DE REGISTRO
28 DE OCTUBRE DE 2015

ACTA No.
00580

LOCALIDAD
IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO



FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
HOMBRES) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL FANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: SEGUNDA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

¿ONDE PALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

GR A DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

DECLARANTE

SE OBLIGATORIA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
C. MAMMO ZAMBRANO HERNANDEZ

TESTIGOS MEXICANOS

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



594

OFICIALIA: 01
FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: 05
ACTA No.: [REDACTED]
LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] AA/OS MESES DIAS HORAS
NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]
(MUNICIPIO): [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA): [REDACTED] (PAIS): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

GRUPO DEFUNCIONARIO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

595

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario de certificado de defunción con secciones: DEL FALLECIDO (datos personales, escolaridad, afiliación), DE LA DEFUNCIÓN (causas de muerte, antecedentes), MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS (circunstancias de la muerte), DEL CERTIFICANTE (datos del médico), y DEL REG CIVIL (registro de la defunción).

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

596

1. NOMBRE DEL FALLECIDO (N)

2. SEXO: Masculino Femenino

3. ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo Divorciado

4. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

5. CAUSA DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

6. LUGAR DE DEFUNCIÓN: En el domicilio En otro lugar

7. TIPO DE LESIÓN: Lesión por arma blanca Lesión por arma de fuego Lesión por arma explosiva Lesión por arma mecánica Lesión por arma química Lesión por arma eléctrica Lesión por arma biológica Lesión por arma nuclear Lesión por arma desconocida

8. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

9. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

10. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

11. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

12. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

13. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

14. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

15. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

16. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

17. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

18. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

19. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

20. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

21. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

22. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

23. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

24. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

25. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

26. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

27. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

28. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

29. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

30. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

31. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

32. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

33. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

34. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

35. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

36. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

37. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

38. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

39. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

40. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

41. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

42. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

43. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

44. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

45. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

46. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

47. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

48. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

49. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

50. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

51. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

52. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

53. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

54. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

55. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

56. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

57. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

58. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

59. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

60. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

61. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

62. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

63. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

64. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

65. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

66. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

67. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

68. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

69. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

70. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

71. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

72. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

73. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

74. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

75. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

76. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

77. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

78. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

79. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

80. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

81. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

82. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

83. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

84. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

85. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

86. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

87. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

88. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

89. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

90. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

91. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

92. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

93. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

94. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

95. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

96. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

97. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

98. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

99. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

100. TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Anormal

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

597

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombres(s) MIGUEL Apellido paterno LEYVA Apellido materno ALEMAN.			
	2. CURP [REDACTED]			
	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos 078			
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]			
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Municipio o delegación [REDACTED] 11.4 Estado [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [REDACTED]			
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada [REDACTED] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 99 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTEX <input checked="" type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Municipio o delegación [REDACTED] 16.4 Estado [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]				
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [REDACTED]	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]		22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	
	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
	23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presuragresor con el(a) fallecido(a)? [REDACTED]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]	
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED]	
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED]			
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED]			
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED]			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150235410

598

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

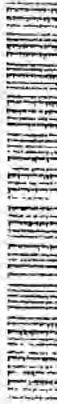
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Apellido paterno: [REDACTED] Apellido materno: [REDACTED]	
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Muje <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO Kilogramos Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros Centímetros [REDACTED]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [REDACTED]	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos [REDACTED]
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Colonia [REDACTED] 11.2 Municipio o delegación [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Enidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] 15.3 Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 15.4 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Enidad federativa [REDACTED]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [REDACTED]	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [REDACTED]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [REDACTED]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Enidad federativa [REDACTED]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]	
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	
29. TELÉFONO [REDACTED]	
30. DOMICILIO [REDACTED]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA COPIA O JUZGADO AIP Núm. [REDACTED] Libro Num. [REDACTED]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] Fracc. I LFTAIP [REDACTED]	

Motivación 1

Motivación 2

SE EL ORIGINAL EN COPIA PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LA COPIA PARA LA COPIA



150235410

599

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO 05 ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED] (HOMBRE) (MUJER)

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRES) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] DIAS HORAS [REDACTED] MINUTOS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATATORIO: [REDACTED]

UBICACION: CUARTA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS FOTOCOPIAS SIGUIENTES PRESENTO REQUERIDOS

[REDACTED]

TIEMPO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE NO LEYERON LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GRUPO DEFUNCIONTO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO	
2. CURP	3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora
4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Extranjera	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	6. PESO Kilogramos: Gramos:
7. TALLA Metros: Centímetros:	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Días: Para menores de un año: Meses: Para personas de un año o más: Años cumplidos:	
9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento	
10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora	
11. Domicilio 11.1 Calle y número: 11.2 Colonia: 11.3 Localidad: 11.4 Municipio o delegación: 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):	
12. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado	
13. OCUPACIÓN ÚLTIMA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública	
15.1 Nombre de la unidad médica	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15.3 Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora	
15.4 Otro lugar	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: 16.2 Colonia: 16.3 Localidad: 16.4 Municipio o delegación: 16.5 Entidad federativa:	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: Mes: Año: Horas: Minutos:	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
DE LA DEFUNCIÓN	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Código CIE	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 44 meses previos a la muerte	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
23.3 ¿Sólo donde ocurrió la lesión: <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: 23.7.2 Colonia: 23.7.3 Localidad: 23.7.4 Municipio o delegación: 23.7.5 Entidad federativa:	
DEL INF.	
24. NOMBRE DEL INFANTE	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
26. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s): Apellido paterno: Apellido materno:	
28. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE	
29. TELÉFONO DEL CERTIFICANTE	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: Mes: Año:	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: 31.2 Municipio o delegación: 31.3 Entidad federativa: 31.4 Día: 31.5 Mes: 31.6 Año:	
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num. 32.1 Acta Num.	
33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad: 33.2 Municipio o delegación: 33.3 Entidad federativa: 33.4 Día: 33.5 Mes: 33.6 Año:	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



150287449

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



937457

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO 05	ACTA No.
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: 85 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

CRIMEN DE DEFUNCION

JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS QUERRERO



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

602

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos Horas Para menores de un día: Minutos Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para mayores de un año o más: Años Meses Días		6. PESO Aproximada Gratos 7. TALLA Aproximada Centímetros
5.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11.4 Nivel de escolaridad		11.5 Estado de civil o cas (si se casó en el extranjero)
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o equivalente incompleto <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajada <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Escuela de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número de domicilio		16.2 Oficina de Embarcamentos de Salud (OUES)
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. En la señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron alguna que produjeron la causa antecedente o bien mencionados en otros lugares la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervenciones aproximadas a la muerte de la enfermedad o la causa
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 40 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE POR ACCIDENTAL O VIOLENCIA ESPECÍFICA 23.1 Fue un presunto: Asesinato <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>		23.2 ¿Las causas anotadas contribuyeron al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23.2 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión		23.3 ¿Se anotó como la lesión: Área industrial (factor laboral u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Área residencial <input type="radio"/> Calle o camellón (o la vía pública) <input type="radio"/> Área recreativa de serafitas <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.4 ¿La defunción fue reportada al Ministerio Público con el fin de iniciar un proceso penal?		23.5 ¿Se reportó la defunción al Ministerio Público con el fin de iniciar un proceso penal?
24. NOMBRE DEL INF.		24.2 Municipio o delegación
26. CERTIFICADA POR Médico legista <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Personal médico de la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI
28. DIRECCIÓN DEL CERTIFICANTE		28.1 Localidad
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE		30.1 Localidad
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número Linea		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad
33.1 Acto de		34.2 Municipio o delegación
		34.3 Entidad federativa
		34.4 Día Mes Año

06
663

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO: _____

NOMBRE: _____ (NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO))

FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

IGUALA (LOCALIDAD) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION _____ ORDEN NO.: _____

CAUSAS DE DEFUNCION: _____

B) _____

C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE AMBAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS

GRAN DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

M. AYUNTAMIENTO
C. COLS DE LA COMUNA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, G. GUERRERO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

604

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO <small>Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno</small> [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
6. PESO Kilogramos Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Viudo(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido. [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9	
15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]	
15.2 Clave Única de Establecimiento de Salud: [Redacted]	
15.3 Localidad: [Redacted]	
15.4 Entidad federativa: [Redacted]	
16.3 Localidad: [Redacted]	
16.5 Entidad federativa: [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [Redacted]	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted]	
Código CIE: [Redacted]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A LA MUERTE DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo expresada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en: el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
24. NOMBRE Apellido paterno / Apellido materno [Redacted] (LA) FALLECIDO(A)	
DEL INF.	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional: [Redacted]	
28. NOMBRE Apellido paterno / Apellido materno [Redacted]	
29. TELÉFONO [Redacted]	
30. FIRMA [Redacted]	
31. FIRMA [Redacted]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Redacted] 34.2 Municipio o delegación: [Redacted] 34.3 Entidad federativa: [Redacted] 34.4 Día Mes Año: [Redacted]	

150294644

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO 06	ACTA No. [REDACTED]
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]	

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 13 DE JULIO DE 1935 EDAD: 80
AA'S MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

[REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTE REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICARON EN SU PRESENCIA Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMAS EN



GUERRERO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 ACTA DE DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LTA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

06

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____	3. SEXO Homb <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 02
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
9. AD. Para menores de un año: Para menores de un día _____ Para menores de un mes _____ Para menores de un año _____ Para personas de un año o más _____ Se ignora <input type="radio"/> 09		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Divorciado(a) <input type="radio"/> 06 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente (donde vivía el fallecido/a) _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 011 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		
13. 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09		
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite términos como: muerte, paro cardíaco, ataque, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Código CIE _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 23.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de un traslado? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Se ignora <input type="radio"/> 09 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión. 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____		
24. NOMBRE DEL INF. _____		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06		
26. NOMBRE _____		
27. DOMICILIO _____		
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio o delegación _____ 30.3 Entidad federativa _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____		
31. ACTA Num. _____ Libro Num. _____ 31.1 Acta Num. _____		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Panteones

607

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO

LIBRO 05 ACTA No. LOCALIDAD

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA ESTADO CIVIL

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO No. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA DEBE CONTENER LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTE [REDACTED]

GRAN DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

SE OTORGA LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON
ELLA INTERVINERON Y SABER HACERLO Y QUIE

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRC
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

608

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas _____ Minutos _____ Para mayores de una hora: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 03	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento _____	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 01 Separado(a) <input type="radio"/> 02 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 04 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Casado(a) <input type="radio"/> 06 Se ignora <input type="radio"/> 07		
11. RESIDENCIA HABITUAL Calle y número _____ Ciudad _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 03 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 04 Profesional <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Ocupación: Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 02 SEDENA <input type="radio"/> 03 Seguro Popular <input type="radio"/> 04 IMSS <input type="radio"/> 05 PENEX <input type="radio"/> 06 SEMAR <input type="radio"/> 07 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 08 Otra <input type="radio"/> 09 Se ignora <input type="radio"/> 10		
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02 PENEX <input type="radio"/> 03 SEMAR <input type="radio"/> 04 Unidad médica <input type="radio"/> 05 Otra <input type="radio"/> 06 Se ignora <input type="radio"/> 07		
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que le produjo la muerte g) _____ h) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____ 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 13 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 02 El parto <input type="radio"/> 03 El puerperio <input type="radio"/> 04 Si no corresponde a ninguno de los anteriores, especifique la causa de la muerte <input type="radio"/> 05		
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Suicidio <input type="radio"/> 02 Su ignora <input type="radio"/> 03		
23.2 ¿Fue homicida? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Su ignora <input type="radio"/> 03		
23.3 ¿Fue un presunto homicida? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Su ignora <input type="radio"/> 03		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> 01 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 02 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 03 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 04 Se ignora <input type="radio"/> 05		
23.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número _____		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 Solo en caso de accidente o presunto homicida, donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE DEL INF. _____		
26. CERTIFICADA POR: Médico legista <input type="radio"/> 01 Otro médico <input type="radio"/> 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 03 Autoridad civil <input type="radio"/> 04 Otra <input type="radio"/> 05		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional _____		
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
29. TELÉFONO _____		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____ Loro Núm. _____		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

150297861

DEL FALLECIDO(A)	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO _____ Kilogramos Gramos
7. TALLA _____ Metros Centímetros	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento _____	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Colonia _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input checked="" type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Entidad federativa _____	
15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Entidad federativa _____	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas significaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE) _____ Uso exclusivo de personal calificado	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.4 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____ 23.6 Lugar de la defunción Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 9 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____ COORDINACIÓN SEMEFO	
24. NOMBRE DEL INF. _____ Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
25. FALLECIDO(A) _____	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico registra <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autodidacta <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 99	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____ Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
29. TELÉFONO _____	
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE _____	
31. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTERIOR

CARPETA DE INVESTIGACIÓN: PROSECUCIÓN PENAL

OFICIO NÚM.: 111

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

CONVENCIONES DE LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO (FGE) Y ENFERMEDADES DEL SISTEMA DE LA SALUD DEL SECTOR PÚBLICO QUE SE ENCUENTRAN EN EL ESTADO DE QUEROQUARO

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
CIUDAD
PRESENTE.

[Faded typed text, likely the main body of the report or communication]

REAL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
EN PARA EL CASO
MEXICANA



DISTRITO
UNIDADES DE INTERIOR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO 05	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

FALLECIDO

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] DONDE FALLECIO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

GR DEFUNCION 10
JUNTAS Y JUNTOS, PODEMOS

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 91 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANDLO ZAMBRANO HERNANDEZ

H AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GTO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

612

ANTES DE LLENAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES SI SON PRÓPIOS DEBEN CONCORDAR CON LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Divorcedo(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 4 Soltero(a) <input type="radio"/> 5 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Secundaria completa <input type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 9 [Redacted] IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRAGTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [Redacted] Código CIE [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. [Redacted] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo. [Redacted]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique al la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input checked="" type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3. Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 5 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Unidad colectiva (estadio, cines, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela y oficina pública <input type="radio"/> 2 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
25. CERTIFICADA POR: Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		26. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) [Redacted]
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]		28. TELÉFONO [Redacted]
29. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted]
31. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Num. [Redacted] Libro Num. [Redacted]		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
33.1 Acta Num. [Redacted]		

613

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO 06: _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE MUJE

NOMBRE: _____ NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: SEGUNDA CLASE _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 807813

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

LA DEFUNCION EN JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS HACERLA

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE INTERIORES
REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ
PARA EL C. C. O.

FIRMA



ARCHIVO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

México 2015
FOLIO

619

ANTES DE EMPEZAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) LETO Apellido paterno HERNANDEZ Apellido materno ADONCO

2. CURP IRIAAIC25U014MHABR21012 Se ignora 3. SEXO Hombre Mujer Se ignora 4. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 6. PESO Kilogramos Gramos 7. TALLA Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más Se ignora 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento. 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Vuelto(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora 13. OCUPACIÓN MARITAL 13.1 Trabajaba SI No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDEMA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora 14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica ISSSTE SEDEMA Otra unidad pública Unidad médica privada 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 ¿Se practicó necropsia? SI No 15.4 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No Se ignora 15.5 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente Homicidio Suicidio Se ignora 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 23.5 La defunción fue registrada ante el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión.

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el tipo de accidente que produjo la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

DEL CERTIFICANTE

24. NOMBRE Dr. [Redacted] 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

26. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico forense Otro médico Persona autorizada por el Ministerio Público Autoridad civil Otro 27. SI EL CERTIFICANTE ES [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

28. NOMBRE [Redacted] [Redacted] [Redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



615

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO 06	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: CA _____
 CAUSAS DE LA MUERTE _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS
 PARA EL CASO

[Redacted Signature Area]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA _____

H. AYUNTAMIENTO
 SELLO DE LA OFICIALIA
 CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, COA.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

OFICIO
 DE
 DEFUNCION
 Y
 JUROS
 PODEMOS



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

616

150287087

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc) <input type="radio"/> 1 Escuela y oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE DEL INF. [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Num. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REENTREGAR ESTE ORIGINAL Y COPIA DE LOS DATOS DEL REGISTRO CIVIL.

Motivación 1

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 617

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERMANENTES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 2	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Municipio o delegación _____ Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 No trabajada <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Hora _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ Código CIE _____		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) _____		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____		TELÉFONO _____
29. FECHA DE DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO LFTAIIP _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ LFTAIIP _____
30. MOTIVACIÓN 1 _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ Motivación 2 _____

150305172

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE (X) MUJER ()

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

DDMICIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIDO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS
AL SEÑOR [REDACTED]
AL SEÑOR [REDACTED]

FIRMAS
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED] FIRMA



LA DEFUNCION SE LEYÓ EN PRESENCIA DE LOS INTERESADOS Y JUNTOS PODEMOS



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

619

ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	
2 CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos [REDACTED] Horas [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED] Para menores de un año: Años [REDACTED] Meses [REDACTED] Días [REDACTED] Para personas de un año o más: Años [REDACTED] Meses [REDACTED] Días [REDACTED]	9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [REDACTED]
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 01 Separado(a) <input type="radio"/> 02 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 04 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Casado(a) <input type="radio"/> 06 Se ignora <input type="radio"/> 07	
11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [REDACTED]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 03 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 04 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 02 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02 SEDENA <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 05 Unidad médica privada <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte -ejemplo paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [REDACTED] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno que produjera la causa consignada, ambas mencionándose en último lugar la causa básica. a) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] b) [REDACTED] c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) [REDACTED] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produce [REDACTED]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
22.1 ¿La defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años embarazada? El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 ¿Fue un presunto accidente? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 23.3 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 23.5 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.6 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.7 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.8 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.9 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.10 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.11 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.12 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.13 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.14 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.15 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.16 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.17 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.18 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.19 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.20 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.21 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.22 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.23 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.24 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.25 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.26 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.27 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.28 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.29 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.30 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.31 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.32 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.33 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.34 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.35 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.36 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.37 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.38 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.39 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.40 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.41 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.42 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.43 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.44 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.45 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.46 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.47 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.48 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.49 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.50 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.51 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.52 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.53 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.54 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.55 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.56 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.57 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.58 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.59 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.60 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.61 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.62 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.63 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.64 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.65 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.66 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.67 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.68 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.69 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.70 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.71 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.72 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.73 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.74 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.75 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.76 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.77 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.78 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.79 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.80 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.81 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.82 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.83 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.84 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.85 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.86 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.87 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.88 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.89 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.90 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.91 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.92 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.93 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.94 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.95 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.96 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.97 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.98 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.99 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04 23.100 ¿Situación? Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04	
24. NO. DEL INF. [REDACTED] ECIDO(A) [REDACTED]	
25. CERTIFICADA POR: Médico legista <input type="radio"/> 01 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 02 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 03 Alguacil civil <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 05	
26. NOMBRE [REDACTED] 27. TELÉFONO [REDACTED]	
28. DOMICILIO [REDACTED] 29. FIRMA [REDACTED] 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [REDACTED]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [REDACTED] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [REDACTED]	
33. Acta Num. [REDACTED] 34. Localidad [REDACTED] 35. Municipio o delegación [REDACTED] 36. Entidad federativa [REDACTED] 37. Día [REDACTED] 38. Mes [REDACTED] 39. Año [REDACTED]	

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

670



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 11 AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

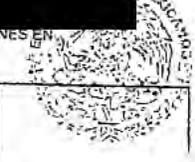
LA PRESENTE ACTA TIENE A REVAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTE REQUISITOS. [REDACTED]

[REDACTED]

ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

[REDACTED]



SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE DEFENSA Y PROTECCIÓN CIVIL
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE ENERGÍA
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO Y CLASE MEDIA
SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL
SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE LA SALUD
SECRETARÍA DE LA SEGURIDAD PÚBLICA
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ECONOMÍA
SECRETARÍA DE POLÍTICA Y PARTICIPACIÓN CÍVIL
SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE TURISMO
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y INFRAESTRUCTURA
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE CULTURA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



621

OFFICIALIA: FECHA DE REGISTRO: LIBRO 06: ACTA No.: LOCALIDAD: ENTIDAD FEDERATIVA: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO: SEXO: HOMBRE O MUJER: NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NACIONALIDAD: LUGAR DE NACIMIENTO: DOMICILIO HABITUAL: NOMBRE DEL CONYUGE: NOMBRE DEL PADRE: NOMBRE DE LA MADRE

FALLECIMIENTO: FECHA DE DEFUNCION: HORA: LUGAR: CERTIFICADO NO.: DESTINO DEL CADAVER: UBICACION: DONDE FALLECIO: CAUSAS DE LA DEFUNCION: TIPO DE DEFUNCION: NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: NO. DE CEDULA PROFESIONAL: DOMICILIO:

DECLARANTE: NOMBRE: EDAD: NACIONALIDAD: PARENTESCO: DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS: NOMBRE: EDAD: NACIONALIDAD: PARENTESCO: DOMICILIO: OCUPACION: NOMBRE: EDAD: NACIONALIDAD: PARENTESCO: DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA



DEFUNCION 10 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

EL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA [Redacted]	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorcedo(a) <input type="radio"/> 7 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 8 Soltero(a) <input type="radio"/> 9 Casado(a) <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]	
16.3 Localidad: [Redacted]		16.5 Entidad federativa: [Redacted]	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir; ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Código CIE [Redacted] b) [Redacted] Código CIE [Redacted] c) [Redacted] Código CIE [Redacted] d) [Redacted] Código CIE [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo e) [Redacted] Código CIE [Redacted] f) [Redacted] Código CIE [Redacted]			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El embarazo <input type="radio"/> 1 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23.3 Sitio donde ocurrió: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (edificio, ordenado, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela, institución pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]			
24. NOMBRE [Redacted]		24. (LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 5251861	
28. NOMBRE [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Redacted] 34.2 Municipio o delegación: [Redacted] 34.3 Entidad federativa: [Redacted] 34.4 Día Mes Año: [Redacted]	

Art 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art 113
 Fracc. V, VII Fracc. I
 LFTAIP LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



623

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO): [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO): [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: C [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
 TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA: [REDACTED]



A FONTOY TON...
 DEFUNCION...
 JUNTES...
 PODAMOS...

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

624

ENTREGUE EL ORIGINAL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



150295418

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) _____		Apellido paterno _____		Apellido materno _____	
2. CURP		_____		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
_____		_____		Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Kilogramos _____ Gramos _____		Metros _____ Centímetros _____		Día _____ Mes _____ Año _____	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos _____		Horas _____		Días _____		Para menores de un año	
Meses _____		Años cumplidos _____		Para personas de un año o más		Se ignora <input type="radio"/> 09	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL					
En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09							
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vive el fallecido)							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad _____		Entidad federativa _____	
Municipio o delegación _____		Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____					
12. ESCOLARIDAD							
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria Incompleta <input checked="" type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				14.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08		IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica _____		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input checked="" type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica _____		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad _____		Entidad federativa _____	
Municipio o delegación _____		Entidad federativa _____					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN							
Día _____ Mes _____ Año _____		Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfisia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervención aproximada entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de) _____					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS							
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05							
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
23.1 Fue un presunto:		23.2 ¿Cómo en su trabajo?		23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?		23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 02 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 03		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad _____		Entidad federativa _____	
Municipio o delegación _____		Entidad federativa _____					
25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)							
Nombre(s) _____		Apellido paterno _____		Apellido materno _____		Número de la cédula profesional _____	
26. CERTIFICADA POR							
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		Número de la cédula profesional _____					
29. TELÉFONO							

30. DOMICILIO							
Calle y número _____		Colonia _____		Localidad _____		Entidad federativa _____	
Municipio o delegación _____		Entidad federativa _____					
31. FIRMA							

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Día _____ Mes _____ Año _____							
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO							
Núm. _____, Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad _____		34.2 Municipio o delegación _____	
33.1 Acta Núm. _____		34.3 Entidad federativa _____		34.4 Día _____		34.5 Mes _____	
				34.6 Año _____			



ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN

625

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
LAME800628HGRRRL09

OFICIALIA No.	LIBRO No.	ACTA No.	MUNICIPIO	FECHA DE REGISTRO		
				DIA	MES	AÑO
LOCALIDAD						

FINADO(A)	NOMBRE	[REDACTED] MIRANDA		SEXO.	[REDACTED]	
	NACIONALIDAD.	[REDACTED]		EDAD.	[REDACTED] AÑOS	
	DOMICILIO.	[REDACTED]				
	NOMBRE DEL(A) CONYUGE.	[REDACTED]		NACIONALIDAD	[REDACTED]	
	NOMBRE DEL PADRE.	[REDACTED]				
	NOMBRE DE LA MADRE	[REDACTED]				
	DESTINO DEL CADAVER	[REDACTED]	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOP	[REDACTED]	ORDEN No.	[REDACTED]
	UBICACION	[REDACTED]				
	FECHA DE DEFUNCIÓN	[REDACTED]	HORA:	[REDACTED]	[REDACTED]	
	LUGAR	[REDACTED]				
FALLECIMIENTO	CAUSAS DE LA MUERTE.	[REDACTED]				
	NOMBRE.	[REDACTED]		[REDACTED]		
	DOMICILIO	[REDACTED]				
	NOMBRE	[REDACTED]		EDAD.	[REDACTED] AÑOS	
	NACIONALIDAD	[REDACTED]		TESCO [REDACTED]		
DECLARANTE	DOMICILIO	[REDACTED]				

FIRMA [REDACTED]

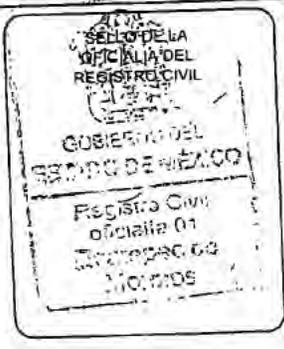
DECLARANTE [REDACTED]

SE LE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SUPIERON HACERLO. Y QUIENES NO, IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL. DOY FE.

EL(LA) C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

HOMBRE [REDACTED]

FIRMA [REDACTED]



LA PRESENTE ACTA CONTIENE LAS SIGUIENTES ANOTACIONES.
SE ASIENTA LA PRESENTE ACTA POR ORDEN DEL MINISTERIO PUBLICO SEGUN CARPETA DE INVESTIGACION 665780550049315 Y NUMERO DE OFIC 2 13320000-8562-201 DE FECHA 11 DE NOVIEMBRE DE 2015 DOY FE



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

25
y

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

626

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]											
2. CURP [Redacted]				3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 99			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09			6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos			7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros			8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Dias [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99											
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]						10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 99					
11.2 Colonia [Redacted]						11.3 Localidad [Redacted]					
11.4 Municipio o delegación [Redacted]						11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input checked="" type="radio"/> 27 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10						13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 05 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popula. <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99						14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 11						15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]											
16.4 Municipio o delegación [Redacted]						16.5 Entidad federativa [Redacted]					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]						18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? [Redacted] No <input type="radio"/> 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, o existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo											
22. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05						22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02			22.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
23. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (barra, dragón, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 04 Escuela o clínica pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 23.4 ¿Circó parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09						21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]					
23.5 La defunción fue registrada en [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]											
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]											
24. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]											
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico leg. <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08						27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]					
28. [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]						29. TELÉFONO [Redacted]					
30. DOMICILIO [Redacted]						31. FIRMA [Redacted]			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año		
33.1 Acta Num. [Redacted]						34.1 Localidad [Redacted]			34.2 Municipio o delegación [Redacted]		
34.3 Entidad federativa [Redacted]						34.4 Día Mes Año [Redacted]					

ENTREGUE EL ORIGINAL A LAS AUTORIDADES DEL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE SERVICIOS PERICIALES
ECATEPEC, MEXICO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

627

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

IGUALA (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO. _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN UNIDOS MEXICANOS
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

SELLO DEL OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRC
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CONJUNTO DE ACTAS DE DEFUNCION
 JUNTA DE DEFUNCION NO. _____
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 CERRERO

608

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		6. PESO <input type="text"/> Kilogramos <input type="text"/> Gramos		7. TALLA <input type="text"/> Metros <input type="text"/> Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	
9. EDAD CUMPLIDA <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Días <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora					
11. RESIDE <input type="text"/> Calle y número <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Estado <input type="text"/> País (si reside en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora		14.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="text"/> Calle y número <input type="text"/> Colonia <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Estado <input type="text"/> País (si reside en el extranjero)		16.4 Municipio o delegación <input type="text"/>		16.5 Entidad federativa <input type="text"/>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		20.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <input type="text"/>		20.2 Causas antecedentes <input type="text"/>		20.3 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <input type="text"/>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 9 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto: <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (s) fallecido(a)? <input type="text"/>		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>		23.6 Describa brevemente la situación o circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <input type="text"/>			
23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número <input type="text"/>		23.7.2 Colonia <input type="text"/>		23.7.3 Localidad <input type="text"/>	
23.7.4 Municipio o delegación <input type="text"/>		23.7.5 Entidad federativa <input type="text"/>					
24. NOMBRE DEL FALLECIDO <input type="text"/> Nombre(s) <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="text"/>					
26. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno		27.1 Número de la cédula profesional <input type="text"/>			
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <input type="text"/> Nombre(s) <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno		29. TELÉFONO <input type="text"/>		30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE <input type="text"/>			
31. FIRMA DEL CERTIFICANTE <input type="text"/>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <input type="text"/> Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/>			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad <input type="text"/>		34.2 Municipio o delegación <input type="text"/>		34.3 Entidad federativa <input type="text"/>	
34.4 Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año		34.5 Acta Núm. <input type="text"/>					



150287757

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

629



OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 17 DE NOVIEMBRE DE 2015

LIBRO 06
ACTA No.

LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD (MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA (LOCALIDAD) GUERRERO (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED SIGNATURES]

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRG
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GR DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

630

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

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 09			
9.1 Para menores de un año escribe el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 08 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle(s) _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Municipio o delegación _____ 11.4 Entidad federativa o país (añadir registro del extranjero) _____			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACION HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 08 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Registros de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION 16.1 Calle(s) _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Municipio o delegación _____ 16.4 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD QUE LE LLEVO A LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 02 No <input checked="" type="radio"/> 03	
19. ¿SE REALIZÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Código CIE _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 04 El puerperio <input type="radio"/> 03 No estuvo embarazada en los últimos 43 días previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue durante el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 23.2 ¿Ocurrió en: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió: Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el(los) fallecido(a)? Código CIE _____		23.5 La lesión fue registrada en el Ministerio Público en el acta número: _____	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión. _____		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión. 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
26. CERTIFICADA POR Médico forense <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
25. NOMBRE _____		32. FECHA DE CERTIFICACION Día _____ Mes _____ Año _____	
30. D _____		33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Num. _____ Libro Núm. _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____		33.1 Acta Núm. _____	

150299443

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

IN | ERESADO

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

631

OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
 LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
 MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____
 DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____
 IGUALA (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____
 NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO. _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
 DONDE FALLECIO _____
 CAUSAS DE LA DEFUNCION: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO: _____
 DECLARANTE: _____
 TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL,
 LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

OFICIALIA
 AYUNTAMIENTO
 INSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GRATIFICACION
 JUNTA Y JUNTOS PODEMOS
 FEBRERO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

632

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
3. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO		7. TALLA	
5. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora: Minutos		Para menores de un día: Horas		Para menores de un mes: Días	
Para menores de un año: Meses		Para menores de un año o más: Años		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		[REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL		[REDACTED]	
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		[REDACTED]		[REDACTED]	
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		[REDACTED]		[REDACTED]	
Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		[REDACTED]		13. OCUPACIÓN HABITUAL		[REDACTED]	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		[REDACTED]		[REDACTED]	
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		[REDACTED]		14.1 Número de seguridad social o afiliación		[REDACTED]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		[REDACTED]		[REDACTED]	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		[REDACTED]		15.1 Nombre de la unidad médica		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		[REDACTED]	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.-		[REDACTED]		[REDACTED]	
PARTE I		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		[REDACTED]		[REDACTED]	
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo		[REDACTED]		[REDACTED]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas tienen complicaciones típicas del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		[REDACTED]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
24. NOMBRE DEL INF.		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		[REDACTED]		[REDACTED]	
26. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		[REDACTED]		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		29. TELÉFONO		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		Muni. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad		[REDACTED]		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 17 DE NOVIEMBRE DE 2015	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 05	ACTA No. 01098	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____ (NOMBRES) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: 68 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: CALLE _____ ESTADO CIVIL: _____
 _____ (NOMBRE DE LA CALLE NO. EXTERIOR E INTERIOR)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
 NACIONALIDAD: _____ OCUPACION: _____
 DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
 NACIONALIDAD: _____ OCUPACION: _____
 DOMICILIO: _____

LA PRESENTE ACTA DEBE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTE REQUISITOS.

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA FIRMAN Y BIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

EL C OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANDLO ZAMBRANO HERNANDEZ



LA DEFUNCION
 EN LA CALMA Y JUNTOS PODEMOS
 GABRIEL GARCIA MARCA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 17 DE NOVIEMBRE DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01062	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

NOMBRE: _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: SEPARADA

IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
-----------------------	---	----------------------------------	------------------

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: AV. DEL ESTUDIANTE NO. 4. COLONIA SAN JOSE. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION _____

NO. DE CEDUL _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: 43

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU NOMBRE A DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRAND HERNANDEZ



GRABACION
 JUNTA DE DEFUNCION
 GUERRERO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

635

AL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL...
AL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY F...
LOS CAMBIOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY

150299445

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1/ Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1/ Otra <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramas [Redacted]	7. [Redacted] Metros Centímetros [Redacted] Die Meses [Redacted] Año [Redacted]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99			
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(s) <input checked="" type="radio"/> 6 Divorciado(s) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10			13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]			16.5 Entidad federativa [Redacted]
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input checked="" type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 ¿Situó dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> 10 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 11 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 12 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número. [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]			
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO [Redacted]			31. FIRMA [Redacted]
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL [Redacted]			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]			34.2 Fecha de registro Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art 110 Fracc. V, VII LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1



En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número 07 del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja 03 se encuentran asentados los datos siguientes:

636



ACTA DE DEFUNCION

CRIP
CURP

OFICIALIA	LIBRO No	ACTA No	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO O DELEGACION			ENTIDAD FEDERATIVA	

DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S)			PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NACIONALIDAD		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	
LOCALIDAD			MUNICIPIO	
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL		

DATOS DEL FALLECIMIENTO CUERNAVACA, MORELOS

FECHA Y HORA DE DEFUNCION		LUGAR DE LA DEFUNCION	
TIPO DE CAMBIO	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No

NOMBRE DEL CONYUGE NOMBRE DEL PADRE NOMBRE DE LA MADRE

CAUSA(S) DE LA DEFUNCION

- A)
- B)
- C)
- D)

[Redacted area for cause of death]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
 [Redacted area for annotations]

Oficial del Registro
 m 01 de este Municipio
 que los datos de la
 corresponden en todas
 as, números y signos con
 al que luce a la vista.

ción que se expide en
 AVACA, MORELOS



21 11 2015

FECHA DE EXPEDICION

3832461

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

637

REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
Se ignora <input type="radio"/> 99		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos Gramos		Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA		8. FECHA DE NACIMIENTO			
Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
Para menores de un año Meses		Para personas de un año o más Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 9	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL			
En unión libre <input type="radio"/> 4		Separado(a) <input type="radio"/> 6		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	
Viudo(a) <input type="radio"/> 2		Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Casado <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación			11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD			13. OCUPACIÓN HABITUAL		
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			14.1 Número de seguridad social o afiliación		
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99			15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación			16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Día Mes Año Horas Minutos			No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfena, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo				Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		El puerperio <input type="radio"/> 3 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión					
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación			23.7.5 Entidad federativa		
26. CERTIFICADA POR					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autidad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Número de la cédula profesional					
29. TELÉFONO					
30. DOMICILIO					
31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Art. 113			

ENTREGAR EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150516810

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

638



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 18 DE NOVIEMBRE DE 2015	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01073	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS CAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



CR DEFUNCION
 JUNTA Y JUNTOS PORDEMOS
 GUERRERO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

639

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		
Nombre(s)		Apellido paterno
Apellido materno		
3. SEXO		4. NACIONALIDAD
Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO
Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Kilogramos Gramos
7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO
Metros Centímetros		Día Mes Año
9. EDAD CUMPLIDA		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento
Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año		Para personas de un año o más
Minutos Horas Días Meses Años cumplidos		9 4 Se ignora <input type="radio"/> 09
10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL
En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Vuelto(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		Anote el domicilio permanente donde vivía al fallecido(a)
11.1 Calle o número		11.2 Colonia
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09		AMA DE CASA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Oira <input type="radio"/> 08		
IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Oira unidad pública <input type="radio"/> 08		Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16.1 Calle y número		16.3 Localidad
16.4 Colonia		16.5 Entidad federativa
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?
Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.-		Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
a) PARO CARDIACO Debido a (o como consecuencia de)		
b) DESNUTRICIÓN Debido a (o como consecuencia de)		
c) Debido a (o como consecuencia de)		
d) Debido a (o como consecuencia de)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifica si el embarazo ocurrió:
El embarazo <input type="radio"/> 01 No estuvo embarazada en los últimos 90 días previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
43 días a 11 meses <input checked="" type="radio"/> 04		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 homicidio <input type="radio"/> 02 suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.4.1 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público que al acta registra: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.4.2 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia
23.7.3 Localidad		23.7.4 Municipio o delegación
23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
Nombre(s)		HIJA
Apellido paterno		
Apellido materno		
26. CERTIFICADA POR		27. SI
Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06		27.1 <input type="radio"/> 01 27.2 <input type="radio"/> 02
28. NOMBRE		28. TELÉFONO
Nombre(s)		
Apellido paterno		
Apellido materno		
29. DOMICILIO		30. FIRMA
Calle y número		
30.1 Localidad		
30.2 Municipio o delegación		
30.3 Entidad federativa		
31. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Día Mes Año		
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
Número Libro Número		
33.1 Acta Núm.		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
34.1 Localidad		
34.2 Municipio o delegación		
34.3 Entidad federativa		
34.4 Día Mes Año		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE PERMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

640

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 48 HORAS DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99
11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. ¿CONQUIETÓ LA DEFUNCIÓN? 16.1 Nombre [Redacted] 16.2 Apellido [Redacted] 16.3 Calle [Redacted] 16.4 Colonia [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidental <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		30. DOMICILIO [Redacted]
31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF. DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

At. 113 Fracc. V, LFTAI. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD. At. 113 Fracc. I LFTAI

150287705



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

694



OFICIALIA: 01
FECHA DE REGISTRO: 18 DE NOVIEMBRE DE 2015
LIBRO: 06
ACTA No.: 01078

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE (X) MUJER ()
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: CALLE LUCIO CABAÑAS MZA 10 LT 7 COL. TIERRA Y LIBERTAD ESTADO CIVIL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: CA [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: A [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED SIGNATURES]
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL.
2015-2018

NOV.

ACTA DE DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

642

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
5. LENGUA INDIGENA Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		6. PESO [Redacted]		7. TALLA [Redacted]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Años cumplidos [Redacted]		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(s) <input type="radio"/> 6 Divorçado(s) <input type="radio"/> 3 Vudo(s) <input type="radio"/> 2 Soltero(s) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]		11.4 Municipio o delegación [Redacted]		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		13. OCUPACIÓN [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
17. FECHA DE DEFUNCIÓN [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]	
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted]		23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]	
24. NOMBRE [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]	
28. NOMBRE [Redacted]		28.1 Número de la cédula profesional [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]		30. DOMICILIO [Redacted]	
31. ACLA NÚM. [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]		34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

150 295423

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP
Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



643

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 19 DE NOVIEMBRE DE 2015	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. D1087	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FIRADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: 22 DE MARZO DE 1942 EDAD: 73 AÑOS 00 MESES 00 DIAS 00 HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

HOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATRIO: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO DE PRIMERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] [REDACTED]

DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO INTERVINIERON EN EL MOMENTO DE SU FIRMA.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



CONJUNTAMENTE
CON LA DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

644

OS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS...

150294626

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí No Se ignora

6. PESO: [REDACTED] Kilogramos Gramos

7. TALLA: [REDACTED] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA: [REDACTED] Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: [REDACTED] Calle y número [REDACTED] Colonia IGUALA [REDACTED] Localidad [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

13.1 Trabajaba: Sí No Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [REDACTED]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Se ignora

15.1 Nombre de la unidad médica: [REDACTED] Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [REDACTED]

15.3 Calle y número: [REDACTED] Colonia [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED]

15.4 Calle y número: [REDACTED] Colonia [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED]

15.5 Entidad federativa: [REDACTED]

16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí No Se ignora

17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [REDACTED]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. [REDACTED]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [REDACTED]

22.1 ¿La defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años? El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?: Sí No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?: Sí No

23.1 ¿La muerte fue accidental o violenta, ESPECIFIQUE: Fue un presunto accidente Homicidio Suicidio Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?: Sí No Se ignora

23.3 ¿Situación donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [REDACTED]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [REDACTED]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]

24. NOMBRE: [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]

25. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(S): [REDACTED]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [REDACTED] Número de la cédula profesional [REDACTED]

28. NOMBRE: [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]

29. TELÉFONO: [REDACTED]

30. DOMICILIO: [REDACTED] Calle y número [REDACTED] Colonia [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [REDACTED] Día Mes Año

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día Mes Año [REDACTED]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

645

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

150 28 77 06

DEL FALLECIDO		
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		
15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo- paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____ PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente PARTE II Otras afecciones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbosos que la produjo 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No ocurrió embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
22.2 ¿Las causas anotadas tienen implicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.2 ¿Ocurrió en su vivienda? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (estilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		
23.4 ¿Qué parámetro tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión		
23.7 Sólo en caso de accidente 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		
DEL INF.		
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
26. CERTIFICADA POR Médico <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		
DEL CERTIFICANTE		
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
29. TELÉFONO _____		
30. DOMICILIO Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
31. FIRMA _____		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
DEL REG. CIVIL		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA D. JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

646

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO
24 DE NOVIEMBRE DE 2015

LIBRO 06 ACTA No. 01101

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRES) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 06 DE AGOSTO DE 1935 EDAD: 78 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: CALLE [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTE REQUISITOS

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

H AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
ESTADO DE GUERRERO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2019

ACTA DE DEFUNCION

INTERESADO



REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

TAM



647

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: <input checked="" type="radio"/> HOMBRE <input type="radio"/> MUJER	
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]	
IGUALA (LOCALIDAD)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)	[REDACTED] (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: [REDACTED]	
LUGAR: ISSSTE	CERTIFICADO NO.:	[REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: <input checked="" type="radio"/> INHUMACION <input type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:		
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO: [REDACTED]		
CAUSAS DE LA M: [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: HERO [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]		
DOMICILIO: CIGNACIO COMON [REDACTED]	Ocupacion: [REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	Ocupacion: [REDACTED]	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	Ocupacion: [REDACTED]	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]	FIRMAS	[REDACTED]
TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA

UNION DE GUERRERO UNIDOS Y JUNTOS PODEMOS

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

48

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 3ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
	2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		5. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
	6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos			
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 7 Soltero(a) <input type="radio"/> 8 Casado(a) <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10			
	11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 6 Preescolar <input type="radio"/> 7 Primaria completa <input type="radio"/> 8 Secundaria completa <input type="radio"/> 9 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 10 Posgrado <input type="radio"/> 11		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Unidad médica privada <input type="radio"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos				
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo				
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique al la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		23.3 ¿Las causas anotadas comenzaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
DEL INF.		DEL FALLECIDO(A)		
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
DEL CERTIFICANTE				
26. CERTIFICADA POR Médico <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. FIRMA		
30. DOMICILIO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		
DEL REG. CIVIL		DEL REG. CIVIL		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

649



506002

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 02 DE DICIEMBRE DE 2015	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01131	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 85 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

LUBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] DONDE FALLECIO: CALLE [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED SIGNATURE]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO HIRMAN EN SU NUESTRA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
[REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE PDRELAC 3V



650

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 02 DE DICIEMBRE DE 2015	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO DE	ACTA No 91126	ENTIDAD FEDERATIVA COAHUILA DE ZARAGOZA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 22 DE NOVIEMBRE DE 1937 EDAD: 78 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO. [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE Cedula PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS:

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUUELLA DIGITAL

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANUEL ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED]





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

México 2015
FOLIO

651

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) AL REGISTRO CIVIL DEL MUNICIPIO DE REGISTRO Y LA 2ª COPIA (VERDE) AL REGISTRO CIVIL DEL MUNICIPIO DE REGISTRO. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1 NOMBRE DEL FALLECIDO [REDACTED]

2 CURP [REDACTED]

3 SEXO: Hombre / Mujer / Se ignora

4 ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No / Sí / Se ignora

5. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos; Para menores de un día: Horas; Para menores de un mes: Días; Para menores de un año: Meses; Para personas de un año o más: Años cumplidos **78**

6. PESO: Kilogramos; Gramos

7 TALLA: Metros; Centímetros

8 FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre / Separado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a) / Soltero(a) / Casado(a) / Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [REDACTED]

12. NIVEL DE EDUCACIÓN: Ninguna / Primaria incompleta / Secundaria incompleta / Bachillerato o preparatoria incompleta / Profesional / Se ignora / Preescolar / Primaria completa / Secundaria completa / Bachillerato o preparatoria completa / Posgrado / Se ignora

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [REDACTED]

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: ISSSTE / SEDENA / Seguro Popular / Otra / IMSS / PEMEX / SEMAR / IMSS Oportunidades / Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud / IMSS / PEMEX / SEMAR / Unidad médica pública / Unidad médica privada / IMSS Oportunidades / ISSSTE / SEDENA / Otra unidad pública / Se ignora

15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]

15.3 Localidad [REDACTED]

15.4 Entidad federativa [REDACTED]

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

16.3 Localidad [REDACTED]

16.4 Entidad federativa [REDACTED]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí / No / Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí / No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, empujón, otro castigo, asfixia, etc.)

20.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [REDACTED]

20.2 Causas antecedentes [REDACTED]

20.3 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo / El parto / El puerperio / 43 días a 11 meses después del parto o aborto / No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí / No

22.2 ¿Las causas anotadas simulan el embarazo, parto o puerperio? Sí / No

21 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

23.1 ¿Fue un presunto accidente o homicidio? Sí / No / Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí / No / Se ignora

23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular / Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) / Escuela u oficina pública / Área deportiva / Calle o carretera (vía pública) / Área comercial o de servicios / Señalera / Área industrial (taller, fábrica u obra) / Granja (rancho o parcela) / Otro

23.4 ¿Que parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [REDACTED]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta que sigue: [REDACTED]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]

23.7 Sólo en caso de accidente o presunto delito donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [REDACTED] / 23.7.2 Colonia [REDACTED] / 23.7.3 Localidad [REDACTED]

24. NOMBRE DEL INF [REDACTED]

24.5 Edad federativa [REDACTED]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante / Médico registradista / Otro médico / Personal designado por la Secretaría de Salud / Autoridad civil / Otro

27. [REDACTED]

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [REDACTED]

31 FIRMA [REDACTED]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [REDACTED]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: No / Sí

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: No / Sí

34.1 Localidad [REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

652

SE ENTREGA EL ORIGINAL, LA COPIA ROJAS Y LA COPIA AZUL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
	2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]	
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [REDACTED] Minutos [REDACTED] Para menores de un día [REDACTED] Horas [REDACTED] Para menores de un mes [REDACTED] Días [REDACTED] Para menores de un año [REDACTED] Meses [REDACTED] Para personas de un año o más [REDACTED] Años cumplidos 76 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) [REDACTED]		
	11.1 Calle y número [REDACTED]	11.2 Colonia [REDACTED]	
	11.3 Localidad [REDACTED]	11.4 Municipio o delegación [REDACTED]	
	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]		
DE LA DEFUNCIÓN	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		
	13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		
	15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]		
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]		
	15.3 Localidad [REDACTED]		
	15.4 Municipio o delegación [REDACTED]		
	15.5 Entidad federativa [REDACTED]		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PART I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PART II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED]		
	Código CIE [REDACTED]		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]		
DEL INF.	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]		
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]		
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		
	24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]		
	DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]	
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]			
30. DOMICILIO [REDACTED]			
EL REG. CIVIL	31. FIRMA [REDACTED]		
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL O JUZGADO Fracc. I UFTAI			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED]			

MOTIVACIÓN 1

MOTIVACIÓN 2

Art. 110 Fracc. I UFTAI
Motivación 1

Art. 113 Fracc. I UFTAI
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

[Redacted]

653

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (POSA) Y LA 2ª COPIA (ACTA) AL REGISTRO CIVIL PARA CONFORMAR EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3
6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos		7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: [Redacted] Años cumplidos Para menores de un mes: [Redacted] Meses Para menores de un día: [Redacted] Días Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos		
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 7 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 7 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Dirección permanente donde vivía al fallecido(a) [Redacted] 11.2 Municipio o delegación [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 15.3 Localidad [Redacted] 15.4 Municipio o delegación [Redacted] 15.5 Entidad federativa [Redacted]		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Dirección [Redacted] 16.2 Municipio o delegación [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. SECA SIGUO DE LA DEFUNCIÓN 17.1 Fecha [Redacted] 17.2 Hora [Redacted] 17.3 Minutos [Redacted]		
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] Causas antecedentes [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [Redacted]		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidental <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidental <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vías públicas) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Circo <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE DEL INF. [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted]		31. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num [Redacted] Libro Num [Redacted]
33.1 Acta Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] 34.5 Mes [Redacted] 34.6 Año [Redacted]

REVISIÓN, SU FIRMADO Y SELLO CONFORME CON EL REGISTRO CIVIL EN LA SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150299477

654

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos	7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año		
DE LA DEFUNCIÓN	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 6 9 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 8 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		
	11. R [Redacted]		13. OCURRENIA MARITAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99
	11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
16.1 Calle y número _____		16.2 Colonia _____	
16.4 Municipio o delegación _____		16.5 Entidad federativa _____	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir; ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal calificado Código CIE	
PART I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		[Redacted]	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		[Redacted]	
PART II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		[Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input checked="" type="radio"/> 1 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela o institución pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación o circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			
23.7.1 Calle y número _____		23.7.2 Colonia _____	
23.7.4 Municipio o delegación _____		23.7.5 Entidad federativa _____	
DEL INF. CANTE	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) [Redacted]
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional _____
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO [Redacted]
	30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____		34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 15 DE DICIEMBRE DE 2015	
LIBRO 05	ACTA No. 01173	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____ (NOMBRES) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN N.º: _____

CAUSAS DE LA DEFUNCION: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: F. _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: _____ OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HJELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

650



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 09 DE DICIEMBRE DE 2015	LOCALIDAD
LIBRO 06	ACTA No. 01159	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

FINADO

NOMBRE: _____
(NOMBRES) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: _____

UBICACION: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA DEFUNCION: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ ENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

ACTA PUBLICA
DEFUNCION
FINADO



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 SELLO DE LA OFICIALIA
 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

C.P.A. MANOLO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

657



506047

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 16 DE DICIEMBRE DE 2015
LIBRO 06	ACTA No. 01176
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE (X) MUJER ()

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 37 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: IMSS CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: AV. RUIZ CO. [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO EN EL MOMENTO DE SU FIRMADO EN EL LUGAR DONDE SE OCUERRE LA DEFUNCION Y QUIENES NO IMPRIMEN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



CIDA MEXICO



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

658

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: [Redacted]

2. CURP: [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí No Se ignora

6. PESO: 103.9 Kilogramos, 000 Gramos

7. TALLA: 1.55 Metros, 55 Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: 29/04/1978

9. EDAD CUMPLIDA: 03 Años, 07 Meses

10. ESTADO CONYUGAL: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a) En unión libre

11.1 Calle y número: [Redacted]

11.2 Colonia: [Redacted]

11.3 Municipio o delegación: [Redacted]

11.4 Municipio o delegación: [Redacted]

11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria Incompleta Secundaria Incompleta Bachillerato o preparatoria Incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted]

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada IMSS ISSSTE SEDENA Otra unidad pública

15.1 Nombre de la Unidad: [Redacted]

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

16.1 Día y hora de la defunción: 15/12/2015

16.2 Municipio o delegación: [Redacted]

16.3 Estado: Guerrero

16.4 Municipio o delegación: [Redacted]

16.5 Entidad federativa: Guerrero

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí No

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte como: paro cardíaco, asfixia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de): [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de): [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de): [Redacted]

d) Debido a (o como consecuencia de): [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

[Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo: Sí No

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?: Sí No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?: Sí No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE): [Redacted]

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Sí No

23.1 Fue: Accidente Suicidio Se ignora

23.2 Ocurrió en: Casa Trabajo Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió: Vivienda Área industrial Granja Calle o carretera Área comercial o de servicios Otro Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número: [Redacted]

23.7.2 Colonia: [Redacted]

23.7.3 Localidad: [Redacted]

23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted]

23.7.5 Entidad federativa: Guerrero

DEL INF.

24. NOMBRE: [Redacted]

25. [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. Nombre del certificante: [Redacted]

28. Nombre del certificante: [Redacted]

29. TELÉFONO: 3443693

30. [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 15/12/2015

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: [Redacted]

34.2 Municipio o delegación: [Redacted]

34.3 Entidad federativa: Guerrero

34.4 Día Mes Año: 15/12/2015



150303813

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

659



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 05 DE FEBRERO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00136	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
FINADO		
NOMBRE: [REDACTED] MENDOZA [REDACTED]		SEXO: HOMBRE (X) MUJER ()
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]		NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: CHILPANCINGO CHILPANCINGO DE LOS BARRIOS		(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]		ESTADO CIVIL: [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD)		(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD: [REDACTED]
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]		HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED]		CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ()		NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED]		ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]		PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]		Ocupacion: [REDACTED]
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]		PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]		Ocupacion: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]		PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]		Ocupacion: [REDACTED]

GUERRERO
ACTA DE DEFUNCION

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE INTEGRAL 3, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010401677231215.
OFICIO NUMERO: 10916. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO/26 DE DICIEMBRE DE 2015.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCION
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GR.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

660

QUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ISSA) Y LA COPIA DEL REGISTRO SE ENTREGAN PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. 150 del Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]			
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 99			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)			
11.1 Calle y número		11.2 Colonia	11.3 Localidad
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16.1 Calle y número		16.2 Colonia	16.3 Localidad
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. En caso de haber más de una, anote la causa básica en el renglón d)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
b) Debido a (o como consecuencia de)			
c) Debido a (o como consecuencia de)			
d) Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda Agrícola <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.5 Entidad federativa	
23.5 La defunción fue registrada en el			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión			
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	23.7.3 Localidad
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO		31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Año

150297951

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

66)



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 28 DE DICIEMBRE DE 2015	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 07	ACTA No. 01211	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: H. COLEGIO MILITAR NO. 1 [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 662

LOS DATOS SONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO: [REDACTED]

2. CURP: [REDACTED]

3. SEXO: Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 99

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí 1, No 2, Se ignora 99

6. PESO: [REDACTED] Kilogramos Gramos

7. TALLA: [REDACTED] Metros Centímetros

9. EDAD CUMPLIDA: [REDACTED] Para menores de una hora, Para menores de un día, Para menores de un mes, Para menores de un año, Para personas de un año o más

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 4, Separado(a) 6, Divorciado(a) 3, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL: [REDACTED]

11.4 Municipio o delegación: [REDACTED]

11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero): [REDACTED]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Secundaria incompleta 4, Bachillerato o preparatoria incompleta 11, Profesional 7, Se ignora 99

13. [REDACTED] Se ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8

14.1 [REDACTED]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad médica privada 9

15.1 Nombre de la unidad médica: [REDACTED]

15.2 Clave de los Establecimientos de Salud (CLUES): [REDACTED]

16. DOMICILIO: [REDACTED]

16.2 Colonia: [REDACTED]

16.3 Localidad: [REDACTED]

16.4 Municipio o delegación: [REDACTED]

16.5 Entidad federativa: [REDACTED]

DE LA DEFUNCIÓN

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí 1, No 2, Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí 1, No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
a) [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
b) Causas antecedentes: Estados morbosos, al existir alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
c) [REDACTED]		
d) [REDACTED]		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [REDACTED]

22. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?: Sí 1, No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?: Sí 1, No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 99

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?: Sí 1, No 2, Se ignora 99

23.3 Si no ocurrió la lesión, ¿dónde ocurrió?: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (barrio, edificio, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicios 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 99

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [REDACTED]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [REDACTED]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:

23.7.1 Calle y número: [REDACTED]

23.7.2 Colonia: [REDACTED]

23.7.3 Localidad: [REDACTED]

23.7.4 Municipio o delegación: [REDACTED]

23.7.5 Entidad federativa: [REDACTED]

DEL INF.

24. NOMBRE DEL INFANTE: [REDACTED]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [REDACTED]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1, Médico legista 2, Otro médico 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4, Autoridad civil 5, Otro 99

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ¿ES?: Médico profesional 1, Otro 2

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [REDACTED]

29. TÍTULO DEL CERTIFICANTE: [REDACTED]

30. [REDACTED]

31. [REDACTED]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [REDACTED]

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL: [REDACTED]

34. LUGAR DE INSCRIPCIÓN: [REDACTED]

Art. 113 Fracc. I LFTAI

Motivación 2

TEL: 011 55 5624 4799

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

683

OFICIALIA IGUALA FECHA DE REGISTRO
23 DE DICIEMBRE DE 2015

LIBRO DE ACTA No. 01289 LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

IGUALA (LOCALIDAD) _____ GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

SUBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: CA _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE LEO LA ACTA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES DE EL LA INTERVIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLIT ZAMBAJO HERRANDEZ

REAFORTALECIMIENTO CONSTITUCIONAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2014

INTERESADO



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

664

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 02	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____
7. TALLA Centímetros _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años Cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 03	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Divorciado(a) <input type="radio"/> 06 Viudo(a) <input type="radio"/> 07 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Municipio o delegación _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input checked="" type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajo SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 02 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 08 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 09	
15.1 Nombre de la unidad médica _____	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
15.3 Nombre de la unidad pública o privada _____	
15.4 Otro lugar <input type="radio"/> 10	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 02	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, sino causas: pero cardíaco, sepsis, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, el sistema alguno, que produjeron la causa congnada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produce g) _____ h) _____	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN EMBARAZO DE 10 A 34 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió: El embarazo <input type="radio"/> 01 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 02 22.2 ¿Las causas anatómicas fueron reconocidas? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anatómicas corresponden al embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un accidente: Accidente <input type="radio"/> 01 Suicidio <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda <input type="radio"/> 01 Áreas deportivas <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vías públicas) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Áreas industriales (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.4 ¿Qué circunstancias (en la presente agror con el(a) fallecido(a)? _____ 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 ¿Ocurrió favorablemente la situación circunstancia o motivos en que se produjo la lesión? _____ 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____	
DEL INF.	
24. NOMBRE _____ A) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
28. NOMBRE _____ 29. TELÉFONO _____	
30. DOMICILIO Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
31. FIRMA _____ 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

150308388

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
RDL661003HGRMZ600

665



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 05 DE ENERO DE 2016
LIBRO 01	ACTA No. 00005
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

SEVO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 03 DE OCTUBRE DE 1966 EDAD: 49 AÑOS 00 MESES 00 DIAS 00 HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

IGUALA _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: 35

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE INTEGRAL 2, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010501685251215,
 OFICIO NUM: 16887. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 25 DE DICIEMBRE DE 2015.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

SENO DE LA OFICIALIA
 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
 OFICIALIA No. 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

666

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

L FALLECIDO

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

2. CURP [Redacted] Se ignora 99

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros

8. [Redacted] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos Para menores de un día [Redacted] Horas Para menores de un mes [Redacted] Días Para menores de un año [Redacted] Meses Para personas de un año o más 4 9 Años cumplidos Se ignora C

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora C

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [Redacted]

11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted]

11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99

Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10

13. [Redacted] Se ignora 9

13.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaria de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9

IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

Via pública 10 Otro lugar C Hogar 11 Se ignora C

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted]

16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CII [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Establecimiento público 2

Área industrial (taller, fábrica, obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted]

23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]



24. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. DIFERENCIA CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

26. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

28. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO [Redacted]

30. DOMICILIO [Redacted] 31. FIRMA [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] libro Núm. [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]

33.1 Acta Núm. [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO
UNIDAD DE INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 12060010501685251215

OFICIO NÚM.: 10887

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (25) VEINTICINCO DIA(S) DEL MES
DE DICIEMBRE DEL DOS MIL QUINCE

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
P R E S E N T E.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA
PERSONA DEL SEXO [REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE [REDACTED]
[REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE [REDACTED]

EDAD: 4 [REDACTED]

OCUPACIÓN [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



38V2591V2015L3250251N2015

ZONA NORTE
DISTRITO JUD. DE HIDALGO
UNIDAD [REDACTED] COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

668



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (25) VEINTICINCO DIA(S) DEL MES DE DICIEMBRE DEL DOS MIL QUINCE

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

FECHA DEL DECESO: 25 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2015.

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A QUE HAYA LUGAR.



ATENTAMENTE

[REDACTED] DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2
[REDACTED] DEL MINISTERIO JUDICIAL DE HIDALGO

ZONA NORTE
DISTRITO JUC. DE HIDALGO
UNIDAD

TRAM. JUC. CIVIL
CARTERA DE INVESTIGACIÓN
CARPETA DE INVESTIGACIÓN
38V2591V2015L0250254V2015*
H COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



669

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO 01	ACTA No	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 52 AÑOS MESES: [REDACTED] DIAS: [REDACTED] HORAS: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] ESTADO: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA M: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO UNIDAD DE INTEGRAL 2, CARPETA DE INVESTIGACION 12060010501050281215, OFICIO NUM 10561, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 28 DE DICIEMBRE DE 2015.

[REDACTED]

DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



670



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (28) VEINTIOCHO DIA(S) DEL MES
DE DICIEMBRE DEL DOS MIL QUINCE

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA CIUDAD DE
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
P R E S E N T E.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA
PERSONA DEL SEXO [REDACTED] NO, QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE
[REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE.

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: CALLE [REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE COMUNICADO PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A
QUE HAYA LUGAR [REDACTED]



ATENTAMENTE
[REDACTED] DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2
DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO

ZONA NORTE
DISTRITO JUD. DE HIDALGO
UNIDAD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

671

1. NOMBRE DEL FALLECIDO [REDACTED]

2. CURP [REDACTED]

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora

6. PESO [REDACTED] Kilogramos Gramos

7. TALLA [REDACTED] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA [REDACTED] Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]

10. ESTADO CONYUGAL [REDACTED] Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL [REDACTED] 11.1 Calle y número 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD [REDACTED] Ninguna Primaria Incompleta Secundaria Incompleta Bachillerato o preparatoria Incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED] 13.1 Trabajaba SI No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [REDACTED] Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED] Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada IMSS Oportunidades

15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

16. D [REDACTED] 16.1 Entidad federativa [REDACTED] 16.2 Municipio o delegación [REDACTED]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED] Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED]

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [REDACTED]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote en domicilio: 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]

24. NOMBRE DEL INF. [REDACTED] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]

26. CERTIFICADA POR [REDACTED] Médico tratante Médico forense Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [REDACTED] Número de la cédula profesional [REDACTED]

28. NO [REDACTED]

29. TELÉFONO [REDACTED]

30. DO [REDACTED]

31. [REDACTED]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [REDACTED] Día Mes Año

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

150287872

Art. 110 Fracc. VII LFTAI P DEL REG. CIVIL Motivación 1

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED]

Art. 113 Fracc. I LFTAI P Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



672

OFICIALIA: 01
FECHA DE REGISTRO: 15 DE ENERO DE 2018
LIBRO: 01
ACTA No.: 00058

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE [REDACTED] EDAD: 68 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: UNIDAD MEDICA PRIVADA CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

LIBRACION: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL NO. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA SELLO DE LA OFICIALIA

GRUPO DE DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
CHIAPAS

ARCHIVO



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

673

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (FOSA) Y LA COPIA (ATA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>LUISA FELICIA</u> Apellido paterno <u>[REDACTED]</u> Apellido materno <u>[REDACTED]</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos Gramos <u>[REDACTED]</u>	7. TALLA Metros Centímetros <u>[REDACTED]</u>	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>[REDACTED]</u>
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos <u>[REDACTED]</u> Para menores de un día Horas <u>[REDACTED]</u> Para menores de un mes Días <u>[REDACTED]</u> Para menores de un año Meses <u>[REDACTED]</u> Para personas de un año o más Años cumplidos <u>68</u> Se ignora <input type="radio"/>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>[REDACTED]</u> 11.1 Calle y número <u>[REDACTED]</u> 11.2 Colonia <u>[REDACTED]</u> 11.4 Municipio o delegación <u>[REDACTED]</u> 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>[REDACTED]</u>			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguno <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 99 IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>[REDACTED]</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica <u>[REDACTED]</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>[REDACTED]</u>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>[REDACTED]</u> 16.1 Calle y número <u>[REDACTED]</u> 16.2 Colonia <u>[REDACTED]</u> 16.4 Municipio o delegación <u>[REDACTED]</u> 16.5 Entidad federativa <u>[REDACTED]</u>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <u>[REDACTED]</u>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada espacio. Este señalar modos de morir: ejemplo, paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		Intervista aproximada <u>[REDACTED]</u> Código CIE <u>[REDACTED]</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 34 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un accidente Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número <u>[REDACTED]</u>		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>[REDACTED]</u>	
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>[REDACTED]</u> 23.7.2 Colonia <u>[REDACTED]</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>[REDACTED]</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>[REDACTED]</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>[REDACTED]</u>	
24. DEL INF. <u>[REDACTED]</u>		27. SI EL CERTIFICADO <u>[REDACTED]</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico registrador <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		29. TELEFONO <u>[REDACTED]</u>	
28. DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>[REDACTED]</u>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>[REDACTED]</u>	
30. DEL REG. CIVIL Número <u>[REDACTED]</u>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>[REDACTED]</u> 34.2 Municipio o delegación <u>[REDACTED]</u> 34.3 Entidad federativa <u>[REDACTED]</u> 34.4 Día Mes Año <u>[REDACTED]</u>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>[REDACTED]</u> Libro Núm. <u>[REDACTED]</u> 33.1 Acta Núm. <u>[REDACTED]</u>		34.5 Entidad federativa <u>[REDACTED]</u> 34.6 Día Mes Año <u>[REDACTED]</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

674

OFICIALIA 01
LIBRO 07

FECHA DE REGISTRO 30 DE DICIEMBRE DE 2015
ACTA No. 01218

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: ACAPULCO ACAPULCO DE JUAREZ GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] A LIBERTADORES ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA [REDACTED] [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL J. CARPETA DE INVESTIGACION. 12060010401702291215.
OFICIO NUM: 11004. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 29 DE DICIEMBRE DE 2015.

[REDACTED]

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ





SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

675

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150297975

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno		
2. CURP						3. SEXO			4. NACIONALIDAD		
						Se ignora <input type="radio"/> 99			Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			6. PESO			7. TALLA			8. FECHA DE NACIMIENTO		
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			Kilogramos Gramos			Metros Centímetros			Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora			Para menores de un día			Para menores de un mes		
			Minutos			Horas			Días		
			Para menores de un año			Para personas de un año o más			Se ignora <input type="radio"/> 09		
			Meses			Años cumplidos					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:						10. ESTADO CONYUGAL					
						En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09					
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)											
11.1 Calle y número				11.2 Colonia				11.3 Localidad			
11.4 Municipio o delegación						11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD						13. OCUPACIÓN HABITUAL					
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99						Se ignora <input type="radio"/> 99					
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10						13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD						14.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08											
IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99											
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN											
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09						15.1 Nombre de la unidad médica					
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08						15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
						Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12					
						Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN											
16.1 Calle y número				16.2 Colonia				16.3 Localidad			
16.4 Municipio o delegación						16.5 Entidad federativa					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN						18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día Mes Año Horas Minutos						Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN											
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
a)											
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
b) Debido a (o como consecuencia de)											
c) Debido a (o como consecuencia de)											
d)											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo											
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte											
Código CIE											
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS											
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:						22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03						Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02			Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05											
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE											
23.1 Fue un presunio						23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?		
Acidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09						Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03		
						Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04			Área industrial (taller, fábrica, etc.) <input type="radio"/> 02 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 05		
						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02			Otro <input type="radio"/> 09		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:						23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión											
23.7.1 Calle y número				23.7.2 Colonia				23.7.3 Localidad			
23.7.4 Municipio o delegación						23.7.5 Entidad federativa					
24. NOMBRE						25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno											
26. CERTIFICADA POR						27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08						Número de la cédula profesional					
28. NOMBRE						29. TELÉFONO					
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno											
30. DOMICILIO						31. FIRMA			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
									Día Mes Año		
33. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO CIVIL?						34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. Libro Núm.						34.1 Localidad					



Art. 110

DEL REGISTRO CIVIL

Motivación 1

Motivación 2

676



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN
OFICIO NÚMERO:

11004

ASUNTO: El que se indica.

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (29) VEINTINUEVE DIA(S) DEL MES DE
DICIEMBRE DEL DOS MIL QUINCE
"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Lugar del deceso:

[REDACTED] COLONIA EL CAPIRE DE ESTA

Fecha del deceso:

Causa de Muerte: CONJUNTO DE TRAUMATISMOS

Médico que dictaminó:

Lugar de inhumación:

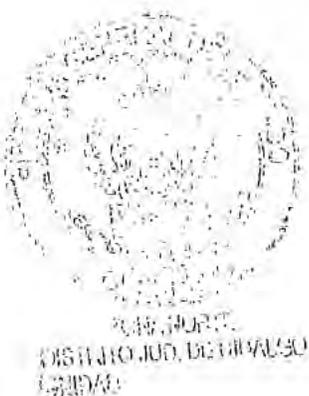
PANTEON MUNICIPAL (ANTIGUO) DE ESTA CIUDAD.

Servicios funerales:

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

ATENTAMENTE

Ministerio Público INTEGRAL 3
del Distrito Judicial de HIDALGO



30

677

DIC 2015

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNIDAD DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: 08 DE ENERO DE 2018

LIBRO: 01 ACTA No. 00012 LOCALIDAD: IGUALA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: 02 DE FEBRERO DE 1926 EDAD: 09 AÑOS MES: DIAS: HORAS: NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTENSIÓN Y INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: 30 DE DICIEMBRE DE 2015 HORA: 23:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 15030352

DESTINO DEL CADÁVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEN O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: CUARTA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

UBICACION DONDE FALLECIO: CALLE [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: AND. NO. 3 [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: JUAN GERVASIO [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN Y CUANDO EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIESERON IMPRIMIERON SU HUELLA DIGNA

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

EL SUPLENTE CONSTITUCIONAL
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
20-3-2018

SECRETARIA DE DEFUNCIONES
 JUNTAS Y JUNTOS PODERICIS
 GUERRERO

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
 FOLIO

678

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA CESTER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 99

4. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted] Se ignora 99

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 1 Separado(a) 2 Divorciado(a) 3 Vuelto(a) 4 Soltero(a) 5 Casado(a) 6 Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a)

11.1 Calle y número [Redacted] **11.2** Colonia [Redacted] **11.3** Localidad [Redacted]

11.4 Municipio o delegación [Redacted] **11.5** Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 3 Bachillerato o preparatoria completa 4 Profesional 5 Se ignora 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 4 Pasado 10

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 2 SEDENA 3 Seguro Popular 4 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 7 SEJAR 8 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 2 PEMEX 3 SEJAR 4 Unidad médica privada 8 IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 5 Otra unidad pública 6

15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] **15.2** Cta.-B. Unid. de Estadísticas de Salud (CLUES) [Redacted]

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 No estuvo embarazada en los 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los 11 meses previos a la muerte 5

22.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un suceso: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (viaductos) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número [Redacted] **23.7.2** Colonia [Redacted] **23.7.3** Localidad [Redacted] **23.7.4** Municipio o delegación [Redacted] **23.7.5** Entidad federativa [Redacted]

24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

26. CERTIFICADA POR Médico 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad 5 Otro 6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]

28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted]

29. TELÉFONO [Redacted]

30. DOMICILIO Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

31. FIRMA [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]

679

05/11



REGISTRO CIVIL

1 3 8 1 5 5 8



1482546

ACTA DE DEFUNCION

DISTRITO	PRESENCIA	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
9	6	14	29341	2015	DE	31-12-2015

Nombre: [REDACTED] Edad 02 años(s) G: [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento: [REDACTED] Ocup: [REDACTED]
 Domicilio: [REDACTED]
 Estado Civil CASADO(A) Nacional: [REDACTED]
 Nombre del Padre: [REDACTED]
 Nombre de la Madre: [REDACTED]

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. 15646
 En el [REDACTED]
 Ubicado en: [REDACTED]
 Fecha de la Defunción 31 DE DICIEMBRE DE 2015 Hora Defunción 07-15
 Lugar de la Defunción BOULEVARD MANUEL AVILA CAMACHO S.N. AV. INDUSTRIA MILITAR Y GENERAL CABRAL, LOMAS DE SOTELO, MIGUEL HIDALGO, DISTRITO FEDERAL
 Causa(s) de la Muerte SEPSIS ORIGEN GASTROINTESTINAL, ACIDOSIS METABOLICA GRAVE, FALLA RENAL AGUDA
 Médico que Certifica PALOMA URUETA CARDEÑAS Cédula Profesional 538410
 Domicilio del Médico BOULEVARD MANUEL AVILA CAMACHO S N AV. INDUSTRIA MILITAR Y GENERAL CABRAL LOMAS DE SOTELO D F.

Nombre: [REDACTED] Edad: [REDACTED]
 Parentesco con el Finado: [REDACTED]
 Nacional: [REDACTED]
 Domicilio: [REDACTED]

ANOTACIONES
 EL LUGAR DE LA INHUMACION SERA EN EL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA ESTADO DE GUERRERO

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerla y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fe EL JUEZ 14
 DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ LIC. LUIS PERRILLAT BLUM FIRMA DEL JUEZ [REDACTED]

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA
 No: Fecha: Firma:
 No: Fecha: Firma:

PAGO DE DERECHOS \$ COMPROBANTE DE PAGO No.

ANGM - Dirección General Del Registro Civil
 CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 31 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2015
 C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

DIG 2015



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

680

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Libre <input type="radio"/> So ignora <input type="radio"/>	
2. CURP [Redacted]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO [Redacted] Gramos Granas	
7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		9. EDAD CUMPLIDA Para personas de un día: [Redacted] Para personas de un mes: [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> So ignora <input type="radio"/>		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive en el momento de la defunción CALLE CALZADA INDEPENDENCIA SIN NUMERO TRES DE MAYO 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o zona (si resulta en el extranjero) [Redacted]		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] So ignora <input type="radio"/>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Sector de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Operatividades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte (desarrollar en el espacio disponible) Causas antecedentes: Estados morbosos, si alguno, que existieron antes de la causa conyugada, o estado morbo que la provocó. Parte II: Otros estados (patológicos, traumáticos, etc.) que existieron antes de la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la provocó.		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22.1 ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 34 AÑOS? Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23.1 ¿FUE UN SUICIDIO? Accidental <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.4 ¿Otra persona tenía el presunto control de la motocicleta? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o Delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		26. CERTIFICADA POR Médico <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad judicial <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]		30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE CALLE CALZADA INDEPENDENCIA SIN NUMERO TRES DE MAYO 30.1 Calle y número [Redacted] 30.2 Colonia [Redacted] 30.3 Localidad [Redacted] 30.4 Municipio o delegación [Redacted] 30.5 Entidad federativa [Redacted]	
31. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Municipal <input type="radio"/> Libre Hum <input type="radio"/> 33.1 ACH Hum [Redacted]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		35. FECHA DE REGISTRO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		36. FECHA DE REGISTRO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

DIC 15

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

681



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 08 DE ENERO DE 2016	
LIBRO 01	ACTA No. 00033	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO. _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATRIO: _____

UBICACION: _____ NO. _____

DONDE FALLECIÓ: _____

CAUSAS DE LA DEFUNCION: _____

c)

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

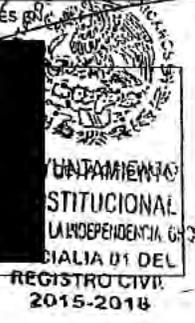
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[Redacted area]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
UC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[Redacted area]



GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
CIVIL DEFUNCION

**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

682

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVAR... 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TAMPAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 0 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
2. CURP _____			5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		
7. TALLA Metros _____ Centímetros _____			8. FECHA DE NACIMIENTO Año _____ Meses _____ Días _____			9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para persona de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorcedo(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____								
11.4 Municipio o delegación _____			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 4 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99			13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			13.2 Ocupación _____		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			14.1 Número de seguridad social o afiliación _____					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			15.1 Nombre de la unidad médica _____			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN _____			16.4 Municipio o delegación _____			16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____						Código CIE _____		
PARTE II Otros estados psicológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo _____						Código CIE _____		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____								
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____			23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____					
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____						23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		
23.7.1 Calle y número _____			23.7.2 Colonia _____			23.7.3 Localidad _____		



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

683

DE REGISTRO CIVIL FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO. ESTOS COMS RÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		8. FECHA DE NACIMIENTO	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.		11. RESIDENCIA HABITUAL		11.4 Municipio o delegación	
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL		13.1 Trabajaba	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Nombre de la unidad médica		16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
24. NOMBRE		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
28. NOMBRE		30. DOMICILIO		29. TELÉFONO	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	

160273852

ATENCIÓN DEL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

684

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 12 DE ENERO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 51	ACTA No. 00941	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

FINAADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: 05 DE FEBRERO DE 1942 EDAD: 73 AÑOS 00 MESES 00 DIAS 00 HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA (SEGUNDO APELLIDO)

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) IGUALA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) GUERRERO (PAIS) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION OMBRE DEL ENTERRAMIENTO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE AMPARAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GR A TONTE V E T O
DEFUNCION

FIRMAS

TESTIGO MANO PUBLICO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

SEAL DE LA OFICINA
M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GR
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2014
FOLIO

685

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE INDIQUE EL ALCANCE DE LA DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



160264520

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	
3. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO _____ Kilogramos Gramos
4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. TALLA _____ Metros Centímetros
5. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos Para menores de un día _____ Horas Para menores de un mes _____ Días Para menores de un año _____ Meses Para personas de un año o más _____ Años cumplidos	10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) CALLE _____ MUNICIPIO _____ GUERRERO 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input type="radio"/> Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CALLE _____ IGUALA DE LA INDEPENDENCIA _____ GUERRERO 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Hora _____ Minutos _____	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo e) _____ f) _____	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidental <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (edificio, apartamento, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____	
23.7 Sólo en caso de accidente, indique el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____	
24. NOMBRE DEL INF. _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____	
25. CERTIFICADA POR Médico forense <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Personal subrogado de la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. NOMBRE _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____	
27. SI EL CERTIFICADO ES MÚLTIPLE Número de la cédula profesional _____	
28. DOMICILIO _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32.1 Acta Núm. _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
MEAL510610MGRNRC03

686



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 14 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00056	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS) ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: 10 DE ENERO DE 2018 HORA: 08:48

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: TERCERA CLASE ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE
NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

TESTIGOS
NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

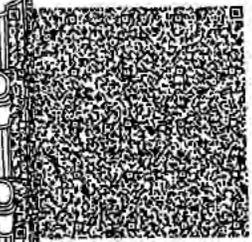
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS:

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



GR DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150299497 **687**

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]			
2. CURP [REDACTED]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]		7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Apellido del domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) [REDACTED] 11.2 Calle y número [REDACTED] 11.3 Colonia [REDACTED] Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]	
16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [REDACTED]	
22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante el embarazo El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuelas u oficinas públicas <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o canchero (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]			
24. NOMBRE [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]	
28. NO [REDACTED]		29. NO [REDACTED]	
30. NO [REDACTED]		31. FIRMA [REDACTED]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED] 33.1 Acta Núm. [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

688

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150294755

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Señora Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora

6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA: [Redacted] Años cumplidos

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: [Redacted]

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted]

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

24. NOMBRE: [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

28. NOMBRE: [Redacted]

29. TELÉFONO: [Redacted]

30. D. [Redacted]

31. FIRMA: [Redacted]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

689

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 15 DE ENERO DE 2018
LIBRO 01	ACTA No. 00064
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO



FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL _____ ESTAD _____

IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA DEFUNCION: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
UC. MANDLO ZAMBRANO HERNANDEZ

_____ FIRMA



GR A FEN Y T V T O
DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

ARCHIVO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2018
 FOLIO

690

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos		
	9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 99						
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Añote el domicilio permanente)								
	11.4 Municipio o delegación				11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)				
	12. ESCOLARIDAD								
	12.1 Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99				13. OCUPACIÓN HABITUAL				
	12.2 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10				13.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99				
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD								
	14.1 Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input checked="" type="radio"/> 8				14.2 Número de seguridad social o afiliación				
14.3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				15. SITO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN					
15.1 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				15.2 Nombre de la unidad médica					
15.2 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				15.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN									
16.4 Municipio o delegación				16.5 Entidad federativa					
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, atelecta, etc.-)									
17.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		17.2 Causas antecedentes Estados morbosos, al estallido alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				17.3 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		17.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS									
20.1 Enfermedad si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		20.2 ¿Fue embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20.4 ¿Las causas anotadas comenzaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE									
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el tiempo libre? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Sitó donde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (salón, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuelas u oficinas públicas <input type="radio"/> 2		22.4 ¿Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.5 ¿Quiérense tener el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:									
23.1 Calle y número									
23.2 Colonia				23.3 Localidad					
23.4 Municipio o delegación									
23.5 Entidad federativa									
24. NOMBRE DEL INFANTE									
25. CERTIFICANTE									
25.1 Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6				25.2 Nombre del certificante					
25.3 Nombre del fallecido				25.4 Número de la cédula profesional					
25.5 Domicilio del fallecido				25.6 Teléfono del fallecido					
26. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE									
26.1 Calle y número									
26.2 Colonia				26.3 Localidad					
26.4 Municipio o delegación									
26.5 Entidad federativa									
26.6 Fecha de certificación									
26.7 Día									
26.8 Mes									
26.9 Año									
27. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO									
27.1 Lugar y fecha de registro									
27.2 Localidad									
27.3 Municipio o delegación									
27.4 Entidad federativa									
27.5 Día									
27.6 Mes									
27.7 Año									

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 18 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00069	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

SEXO: HOME MUJER

NOMBRE: _____
 NOMBRES: _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 04 DE OCTUBRE DE 1952 EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HA: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____
 _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____
 DECLARANTE _____
 TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANDOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Número 2018
FOLIO

692

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) DR. IAN		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. CURP		6. PESO Kilogramos: 81 Gramos: 00		7. TALLA Metros: 1.55 Centímetros: 00	
5. ZARABZA ALCUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		8. FECHA DE NACIMIENTO 15/04/1981		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos: 00 Para menores de un día: 00 Para menores de un mes: 00 Para menores de un año: 00 Para personas de un año o más: 33 Años cumplidos: 33 Se ignora <input type="radio"/> 99	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		11. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivió al fallecimiento		11.5 Entidad federativa o país (si habitó en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL MEXICO		13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEXEX <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimiento	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ		16.5 Entidad federativa		16.6 Fecha y hora de la defunción	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, estanca, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) Debido a (o como consecuencia de) d) [REDACTED] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 8 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
23.4 ¿Hubo parentesco entre el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		23.5 La defunción fue registrada en el Padrón Municipal con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	
23.7.3 Localidad		23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE DEL INF		24.1 Nombre		24.2 Apellido paterno	
24.3 Apellido materno		24.4 Fecha y hora de la defunción		24.5 Entidad federativa	
26. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28. TELEFONO	
28. NOMBRE		29. TELEFONO		30. DOMICILIO	
31. FIRMA		32. [REDACTED]		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	
33.1 Acta Núm		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad	
34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	

100273854

22



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO DE GUANAJUATO
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION

CRIP _____ CURP _____

OFICIALIA LIBRO No ACTA No LOCALIDAD FECHA DE REGISTRO
01 1 21 _____ 2010

MUNICIPIO O DELEGACION APASEO EL ALTO ENTIDAD FEDERATIVA GUANAJUATO

SEXO MASCULINO TIPO DE DEFUNCION

NOMBRE CARMEN MONTES MEXICANA

ESTADO CIVIL _____ NACIONALIDAD MEXICANA

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD 70 Años + Mes(es) + Día(s) 11, 7 Mes

LUGAR DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION 22 DE ENERO DE 2010 CERTIFICADO No _____

LUGAR FALLECIMIENTO _____

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO _____

DESTINO DEL CADAVER, INHUMACION CREMACION ORDEN INHUMACION No _____

CATOS DEL PANTEON MUNICIPAL _____

TIPO DE DEFUNCION VIOLENTA

MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION BLANCA ESTELA OLIVA SANTANA

DOMICILIO _____ CED PROF _____

DECLARANTE

NOMBRE _____ EDAD _____

NACIONALIDAD MEXICANA PARENTESCO HERMANO(A) OCUPACION JUBILADA

DOMICILIO _____

TESTIGOS:

NOMBRE (TESTIGO 1) _____ EDAD _____

NACIONALIDAD _____ PARENTESCO _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____

NOMBRE (TESTIGO 2) _____ EDAD _____

NACIONALIDAD _____ PARENTESCO _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____

DECLARANTE TESTIGO TESTIGO

SELLO DEL OFICIO

COCIO \$0.00

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

694

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVA DE APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2 CURP [Redacted]

3 SEXO: Hombre Mujer

4 NACIONALIDAD: Mexicana Otra

5 ESTADO CIVIL: Casado Soltero Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Casado(a) Otro

6 TALLA: 170 cm

7 FECHA DE NACIMIENTO: 15/11/1971

8 ESTADO DE NACIMIENTO: Veracruz

9 TIPO DE DEFUNCIÓN: Natural Accidental Violenta

10 ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Otro

11 RESIDENCIA: [Redacted]

12 ESCOLARIDAD: Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato a punto de concluir Profesional Superior Posgrado

13 OCUPACIÓN: [Redacted]

14 AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: IMSS PEMEX SEDENA Seguro Popular Otra

15 SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica

16 DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

17 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 22/11/2014 16:15

18 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí No

19 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí No

20 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Anote una sola causa en cada renglón. Evite causas vagas de origen, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

21 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [Redacted]

22 ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?: Sí No

23 ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE?: Sí No

24 NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

25 TELÉFONO: [Redacted]

26 FECHA DE CERTIFICACIÓN: 22/11/2014

695

REGISTRO CIVIL

4 1 5 0 2 7 7 1



GOBIERNO DEL



ACTA DE DEFUNCION

ENTRADA	FECHA DE EMISIÓN	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
9	6	14	2001	2016	DE	24-01-2016

FINADO

Nombre: [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento: [REDACTED] Edad 44 AÑO(S) Género: [REDACTED]
 Domicilio: [REDACTED] Ocupación: CONTADOR
 Estado Civil: CASA SOLA Nacionalidad: MEXICANA
 Nombre del Padre: [REDACTED]
 Nombre de la Madre: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. [REDACTED]
 En el: [REDACTED]
 Ubicado en: [REDACTED]
 Fecha de la Defunción: 23 DE ENERO DE 2016 Hora Defunción: [REDACTED]
 Lugar de la Defunción: FELIX CUEVAS 540, DEL VALLE, BENITO JUAREZ, DISTRITO FEDERAL
 Causa(s) de la Muerte: [REDACTED]
 Médico que Certifica: [REDACTED] Cédula Profesional: [REDACTED]
 Domicilio del Médico: FELIX CUEVAS 540, DEL VALLE, BENITO JUAREZ, DISTRITO FEDERAL

DECLARANTE

Nombre: [REDACTED] Edad: [REDACTED]
 Parentesco con el Finado: [REDACTED]
 Nacionalidad: MEXICANA
 Domicilio: [REDACTED]

ANOTACIONES:
 LA INHUMACION SERA EN EL PANTON MUNICIPAL DE ISUMA EDO. DE GUERRERO

Se dio por terminado el acto y firma la presente [REDACTED] intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ: LIC. ALONSO MARIÑO CUEVAS MELO
 FIRMA DEL JUEZ: [REDACTED]
 DEL DISTRITO FEDERAL

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA

No: [REDACTED] Fecha: [REDACTED] Firma: [REDACTED]
 No: [REDACTED] Fecha: [REDACTED] Firma: [REDACTED]

PAGO DE DERECHOS \$ --- COMPROBANTE DE PAGO No. ---

APDM
 Dirección General del Registro Civil

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC. DISTRITO FEDERAL A LOS [REDACTED] DIAS DEL MES ENERO DEL AÑO 2016.

LA C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL.

[REDACTED]

[REDACTED]



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

696

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
5. ¿HABLARA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramas		7. TALLA [Redacted] Centímetros	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Vuido(a) <input type="radio"/> 4 Soltero(a) <input type="radio"/> 5 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 7		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 6		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Unidad médica privada <input type="radio"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir. Ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II: Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Redacted]					
22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 16 a 64 años 22.1 Espació el embarazo durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		23.3 ¿Qué actividad estaba realizando cuando ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.4 ¿Se registró en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.5 ¿Describe brevemente la situación, circunstancias o motivo en que se produjo la lesión? [Redacted]			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]					
24. NOMBRE DEL INF. [Redacted]			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6			27. SI EL CER. [Redacted]		
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]			29. NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL [Redacted]		
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted]			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]			

160171833

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 28 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00092	ENTIDAD FEDERATIVA COAHUILA DE ZARAGOZA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 05 DE NOVIEMBRE DE 1936 EDAD: 85 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: CALLE FRESNO SIN COLONIA ADRIAN CASTREJON ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO MED.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DOMDE FALLE: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

[REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

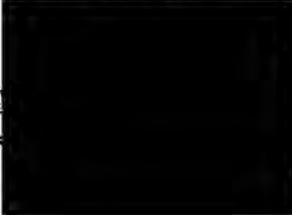
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL LA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



Se otorga en el Ayuntamiento Constitucional de Iguala de la Independencia, Coahuila de Zaragoza, el día 28 de Enero de 2018.

INTERESADO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

698

REVISE EL ORIGINAL COMO FORMA DE CONTROL PARA EL REGISTRO CIVIL Y EL REGISTRO DE DEFUNCIÓN. EN CASO DE ERRORES, LOS REGISTROS CIVIL Y DEFUNCIÓN DEBEN SER CORREGIDOS EN EL ORIGINAL. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

1º clase lote 151

160273856

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s): [Redacted]		Apellido paterno: [Redacted]		Apellido materno: [Redacted]	
2. SEXO		Señora <input type="radio"/> 01		Hombre <input checked="" type="radio"/> 02		Mujer <input type="radio"/> 03	
3. NACIONALIDAD		Mexicana <input type="radio"/> 01		Española <input type="radio"/> 02		Señora <input type="radio"/> 03	
4. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> 01		No <input checked="" type="radio"/> 02		Señora <input type="radio"/> 03	
5. PESO		Kilogramos		Gramos			
6. TALLA		Metros		Centímetros			
7. EDADE CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
8. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input type="radio"/> 01		Separado(a) <input type="radio"/> 02		Divorciado(a) <input type="radio"/> 03	
9. RESIDENCIA HABITUAL		Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		11.1 Calle y número		11.2 Localidad	
10. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 01		Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02		Secundaria incompleta <input type="radio"/> 03	
11. OCUPACIÓN HABITUAL		11.1 Trabajaba		Sí <input type="radio"/> 01		No <input checked="" type="radio"/> 02	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 01		ISSSTE <input type="radio"/> 02		SEDENA <input type="radio"/> 03	
13. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01		IMSS <input checked="" type="radio"/> 02		PEMEX <input type="radio"/> 03	
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Calle y número		14.2 Colonia		14.3 Localidad	
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día		Mes		Año	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20.1 Sí		20.2 No		20.3 Se ignora	
17. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		El embarazo <input type="radio"/> 01		El parto <input type="radio"/> 02		El puerperio <input type="radio"/> 03	
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE		23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01		23.2 Fue un presunto homicidio <input type="radio"/> 02		23.3 Fue un presunto suicidio <input type="radio"/> 03	
19. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		Nombre(s): [Redacted]		Apellido paterno: [Redacted]		Apellido materno: [Redacted]	
20. CERTIFICADA POR		Médico <input checked="" type="radio"/> 01		Médico legista <input type="radio"/> 02		Otro <input type="radio"/> 03	
21. NOMBRE		Nombre(s): [Redacted]		Apellido paterno: [Redacted]		Apellido materno: [Redacted]	
22. DOMICILIO		Calle y número		Colonia		Localidad	
23. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa	

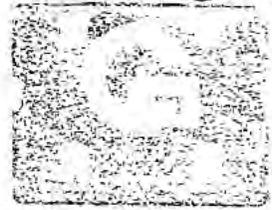
EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO
REGISTRO CIVIL



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MEXICO



699

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
RALM340815MGRBPR04

OFICIALIA No.	LIBRO No.	ACTA No.	MUNICIPIO	FECHA DE REGISTRO		
				DIA	MES	AÑO
LOCALIDAD ECATEPEC DE MORELOS				26	01	2016

FINADO(A)	NOMBRE:	[REDACTED]		SEXO:	FEMENINO
	ESTADO CIVIL:	NOMBRE (S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
	DOMICILIO:	[REDACTED]		NACIONALIDAD:	EDAD: [REDACTED] AÑOS
	NOMBRE DEL (A) CONYUGE:	[REDACTED]		NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO	NOMBRE DEL PADRE:	[REDACTED]			
	NOMBRE DE LA MADRE:	[REDACTED]			
	DESTINO DEL CADAVER:	[REDACTED]	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	[REDACTED]	
	UBICACION:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO		ORDEN No.	[REDACTED]
DECLARANTE	FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	HORA:	01:05	FOLIO DEL CERT. DE DEFUNCION:
	LUGAR:	[REDACTED]			
	CAUSAS DE LA MUERTE:	[REDACTED]			
	DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION		NO. DE CEDULA PROFESIONAL		
	NOMBRE:	[REDACTED]		[REDACTED]	
	DOMICILIO:	[REDACTED]			
	NOMBRE:	[REDACTED]		EDAD:	48 AÑOS
	NACIONALIDAD:	[REDACTED]		PARENTESCO:	[REDACTED]
	DOMICILIO:	[REDACTED]			

SIN ANOTACIONES MARGINALES

ANOTACIONES

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DE LOS ARTICULOS 3.1 Y 3.7 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO DE MEXICO, A LOS 26 DIAS DEL MES DE ENERO DEL 2016
EL DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL. DOY FE.

Cadena Original:
[RALM340815MGRBPR04]MARIA[RABADAN]LOPEZ[F]81[A]6[JUSTO SIERRA # 164 24 DE FEBRERO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO]15[SHOCK SEPTICO 5 MIN. NEUMONIA BILATERAL 15 DIAS, TROMBOEMBOLIA CEREBRAL DERECHA 30 DIAS, OBESIDAD GRADO II 50 AÑOS. GONARTROSIS PATELAR BILATERAL 20 AÑOS]2016-01-26 00:00:00.0[IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO]MUNICIPAL[GUILLERMO VAZQUEZ GUTIERREZ]893228[5 DE FEBRERO 23-3 HIDALGO COACALCO MEXICO]160369248[22 DE SEPTIEMBRE M 6 L 10 EL CHARCO ECATEPEC DE MORELOS MEXICO]DIANA SURINAJORTEGA[CASTILLON]BOULEVARD COACALCO 68 VILLA DE LAS FLORES COACALCO DE BERRIOZABAL MEXICO[48]NINGUNO[]

Firma Electrónica:
AHyt625+EdiRryn5cNyxqd+h/2cN1HJQ8i3gUHJe2idilKj5DFuGubeS/HsmrNktG04hcj23HciSEg[SCW4ZgP1aNCDSHlnCaAPB9]fvdY4EoKJdp21R4XSg21ATRjczAZ3D0EuAm7KlmeryA7YU/W88uEsu8Yas3gJSxmE=

[REDACTED]

TITULAR DEL REGISTRO CIVIL
MAESTRO EN ADMINISTRACION PUBLICA
[REDACTED]
DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MEXICO
Dirección General del
Registro Civil



MRC3497047

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION *



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 29 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: _____
 (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: 81 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
 (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

IGUALA (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: CALLE _____ NO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: _____

NOMBRE: VICTOR _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANOJO ZAMBRANO HERNANDEZ



CREDENCIAL DE DEFUNCION
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
 GUERRERO

701

ALLECIDO(A)

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 99 4. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 Se ignora 9 6. PESO Kilogramos Gramos 7. TALLA Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 61 Se ignora 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 4 Separado(a) 5 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Colonia 11.2 Localidad 11.3 Municipio o delegación 11.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99 Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10 13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Colonia 16.2 Localidad 16.3 Municipio o delegación 16.4 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No 2 Se ignora 9 19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) b) c) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9 23.3. Si la donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

24. NOMBRE DEL INF. A) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 29. TELÉFONO Número de la cédula profesional

30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Art. 110 Fracc. I LFTAI 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Art. 113 Fracc. I LFTAI 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Motivación 1 Motivación 2

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF. DEL CERTIFICANTE

JEL REG. CIVIL

702

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01
LIBRO 01

FECHA DE REGISTRO
02 DE FEBRERO DE 2018
ACTA No.
00118

LOCALIDAD
IGUALA

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA
QUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRES) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTENSION Y INTERIOR)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS,

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

TESTIGO

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMANDO CON EL CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO FIRMAN SU HUELLA DIGITAL

E.L.C. ORIGINAL No. 01 DEL REGISTRO

DE LA OFICIALIA

AMBIENTE NACIONAL

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2018-2018

CAJAS PARA LA DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
QUERRERO

INTERESADO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

703

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido materno [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. CURP [Redacted]		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 8		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 07 08 1926		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 89 Se ignora <input type="radio"/> 99	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]					
11.4 Municipio o delegación [Redacted]			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL JUBILADO Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
15.3 Localidad [Redacted]		15.4 Municipio o delegación [Redacted]		15.5 Entidad federativa [Redacted]	
16.1 Calle y número [Redacted]		16.2 Colonia [Redacted]		16.3 Localidad [Redacted]	
16.4 Municipio o delegación [Redacted]		16.5 Entidad federativa [Redacted]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]		23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]			
23.6 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]					
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.8 Descripción de la lesión [Redacted]			
23.7.1 Calle y número [Redacted]		23.7.2 Colonia [Redacted]		23.7.3 Localidad [Redacted]	
23.7.4 Municipio o delegación [Redacted]		23.7.5 Entidad federativa [Redacted]			
24. NOMBRE [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]			
28. NOMBRE [Redacted]		Número de la cédula profesional [Redacted]			
30. DOMICILIO ZAPATA #24		29. TELÉFONO [Redacted]			
31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Art. 110 Fracc. I Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]		Art. 113 Fracc. II [Redacted]	
34.2 Municipio o delegación [Redacted]		34.3 Entidad federativa [Redacted]		34.4 Año [Redacted]	

ENTREGAR EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) REGISTRADA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI SE DEBE EN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

150254743

Motivación 1

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE EMPLAZAR LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

16027603

704

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]

7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]

8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
 11.1 Número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99
 Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora 99

13.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9
 IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] **15.2** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

15.3 Via pública 10 Otro lugar 12 **15.4** Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
 16.1 Número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Excluir causas secundarias)
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Código CIE [Redacted]
 b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]
 c) [Redacted]
 d) [Redacted]
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo [Redacted]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 23.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 9
 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión
 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

26. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted] Teléfono [Redacted]

28. NOMBRE [Redacted]

30. DOMICILIO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

31. FIRMA [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA FISCALÍA DE JUZGADO [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] Fracc. I LFTAIP [Redacted]

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

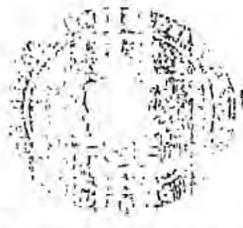
DEL REG. CIVIL

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160276033



705



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]
OFICIO NUM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (30) TREINTA DIA(S) DEL MES DE ENERO DE DOS MIL DIECISEIS

C O F I C I A L D E L R E G I S T R O C I V I L
I G U A L A , G U E R R E R O
P R E S E N T E .

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo FEMENINO que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente.

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Medico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Le comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar



Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 1

[REDACTED]

ZONA NORTE
DISTRITO JUZG. DE HIDALGO
UNIDAD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



706
472494

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 03 DE FEBRERO DE 2018	
LIBRO 01	ACTA No. 00122	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: 29 _____ NACIONALIDAD: _____
AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL 1. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010400132290116.
 OFICIO NUM.: 1124. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 30 DE ENERO DE 2018

FIRMAS

TESTIGO: _____

DECLARANTE: _____

TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA



GUERRERO
 JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GR DEFUNCIONARIO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

707

508950

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

OFICIALIA: [REDACTED]

FIRADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDADE: 46 (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: CLINICA ISSSTE CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE Cedula PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA SE LEYÓ Y SE ENTENDIÓ A LOS INTERESADOS SIGUIENTES REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO RAMSAY HERNANDEZ

H. AYUNTAMIENTO
SELLO DE LA OFICINA
CONSTITUCIONAL
MUNICIPAL DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2016

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

708

EL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN... LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

Formulario de Defunción with sections: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL CERTIFICANTE, DEL REG CIVIL. Includes fields for name, sex, age, cause of death, and registration details.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



709

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 25 DE FEBRERO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00190	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO(S) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

IGUALA IGUALA GUERRERO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A [REDACTED]
 B [REDACTED]
 C [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NA [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: CA [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTYGO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES.
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 C. C. ANHOLD ZILBRAND KERNANDEZ

[REDACTED]

SEAL DE LA OFICIALIA
 2016.02.25

lote 5
2u clase.

ACTA DE DEFUNCION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

710

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO
9. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora / minutos	Para menores de un día / horas	Para menores de un mes / días
Para menores de un año	Para menores de un año o más / meses	Para personas de un año o más / años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 09
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Cartillero de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive el fallecido(a)			
11.1 Municipio o delegación		11.2 Colonia	11.3 Localidad
11.4 Municipio o delegación			
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09		Ninguna <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	
Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Pasajero <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 08	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09		[Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
16.1 Calle y número		16.2 Colonia	16.3 Localidad
16.4 Municipio o delegación			
16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfisia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervale aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
22.1 ¿La defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años embarazada?		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23.1 ¿La muerte fue accidental o violenta, especifique?		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?	
Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			
23.7.1 Calle y número		23.7.3 Colonia	23.7.5 Localidad
23.7.4 Municipio o delegación			
23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		[Redacted]	
26. CERTIFICADA POR		27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO?	
Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad del dnr <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
26. NOMBRE		28. TELÉFONO	
Nombre(s) Apellido paterno		[Redacted]	
29. DOMICILIO		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
[Redacted]		Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm.		34.1 Localidad	
33.1 Acta Núm.		34.2 Municipio o delegación	
		34.3 Entidad federativa	
		34.4 Día Mes Año	

160274375

711

EN REGISTRO ORIGINAL... LA INFORMACIÓN EN ESTE C... CADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160272571

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
9.1 Para menores de un año ascriba el número de folio del Certificado de Nacimiento		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica		b) [Redacted]		c) [Redacted]	
d) [Redacted]		Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión					
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE		30. DOMICILIO			
31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Num. Libro Num.		34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación	
34.3 Entidad federativa		34.4 Día		34.5 Mes	
34.6 Año		34.7 Fracc. I		34.8 Fracc. II	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

712

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 25 DE FEBRERO DE 2016
MUNICIPIO LIBRO 01	ACTA No. 00185
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	
LOCALIDAD IGUALA	
ENTIDAD FEDERATIVA QUERRERO	

472586

NOMBRE: AGUSTHA DELGADO GALINDO
 NOMBRES: (PRIMER APELLIDO) DELGADO (SEGUNDO APELLIDO) GALINDO
 SEXO: HOMBRE MUJER
 FECHA DE NACIMIENTO: 25 DE AGOSTO DE 1940 EDAD: 75 AÑOS MESES DIAS HORAS
 LUGAR DE NACIMIENTO: (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: CALLE ALDAMA 309, COLONIA LA JOYA (HOMBRE DE LA CALLE NA. EXTERIOR E INTERIOR) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 JIUTEPEC (LOCALIDAD) JIUTEPEC (MUNICIPIO) MORELOS (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: NOMBRE DEL PADRE: NOMBRE DE LA MADRE:
 NACIONALIDAD: NACIONALIDAD: NACIONALIDAD:
 FECHA DE DEFUNCION: FALLECIMIENTO
 LUGAR: IMSS HORA: 00:24
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: CERTIFICADO NO.: 160474067
 UBICACION: PRIMERA CLASE ANTIGUO MUNICIPAL
 DONDE FALLECIO: EN NO.:
 CAUSAS DE LA MUERTE:
 TIPO DE DEFUNCION:
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 3221119
 DOMICILIO: (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 HOMBRE: NOMBRE: NACIONALIDAD: DOMICILIO: PARENTESCO: EDAD: OCUPACION:
 HOMBRE: NOMBRE: NACIONALIDAD: DOMICILIO: PARENTESCO: EDAD: OCUPACION:
 HOMBRE: NOMBRE: NACIONALIDAD: DOMICILIO: PARENTESCO: EDAD: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

ELLA INTERVIENE EN ESTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL MOMENTO DE SU INTERVENCIÓN INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL NO. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO ALFONDO
MANOLO ZAMBRANO ALFONDO

EL C. OFICIAL NO. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO ALFONDO
MANOLO ZAMBRANO ALFONDO

SECRETARÍA DE DEFUNCION AL
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
QUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

713

25

DEL FALLECIDO(A)	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	
2. CURP	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO	7. TALLA
8. EDAD CUMPLIDA <input type="radio"/> Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más	
9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento	
10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA	
11.1 Calle y número	
11.2 Colonia	
11.4 Municipio o delegación	
11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD	
13. OCUPACIÓN HABITUAL	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	
15.1 Nombre de la unidad médica	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
16.1 Calle y número	
16.2 Colonia	
16.4 Municipio o delegación	
16.5 Entidad federativa	
17. ¿FUE MUJER DE 10 A 54 AÑOS?	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
20.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
20.2 Causas antecedentes	
20.3 Partes I y II	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
22.2 ¿Las causas anotadas cumplen con las condiciones de embarazo, parto o puerperio?	
22.3 ¿Las causas anotadas cumplen con las condiciones de embarazo, parto o puerperio?	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23.1 Fue un presuicio	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.4 ¿Qué circunstancias agravaron el hecho (agresión, etc.)?	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión	
23.7 Sólo en caso de accidente anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
23.7.1 Calle y número	
23.7.2 Colonia	
23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación	
23.7.5 Entidad federativa	
24. CERTIFICADA POR	
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
28. NOMBRE	
29. DOMICILIO	
30. NOMBRE	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
34.1 Localidad	
34.2 Municipio o delegación	
34.3 Entidad federativa	
34.4 Día	
34.5 Mes	
34.6 Año	

12410 /-c/16 e

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERVIDORES ESTOS CONSERVARÁN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

150413057

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA
HOSP. GRAL. REG. CA. EP. I
QUERÉTANO, MORELOS

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

719

SE INSCRIBE EN EL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	
2. CURP	3. SEXO
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	4. NACIONALIDAD
6. PESO	7. TALLA
8. FECHA DE NACIMIENTO	
9. EDAD	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.	
10. ESTADO CONYUGAL	
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vive el fallecido(a).	
11.1 Calle y número	11.2 Colonia
11.4 Municipio o delegación	
11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD	
13. OCUPACIÓN HABITUAL	
13.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	15.1 Nombre de la unidad médica
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa concausal, mencionándose en último lugar la causa básica.	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo.	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	
23.1 Fue un presunto	
23.2 ¿Ocurrió en el momento de su muerte?	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
23.7.1 Calle y número	23.7.2 Colonia
23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación	
23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE DEL INT.	
26. CERTIFICADA POR	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE	
29. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE	
30. CRÉDENCIAL DEL CERTIFICANTE	
31. CRÉDENCIAL DEL CERTIFICANTE	
32. CRÉDENCIAL DEL CERTIFICANTE	
33. CRÉDENCIAL DEL CERTIFICANTE	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
34.1 Localidad	
34.2 Municipio o delegación	
34.3 Entidad federativa	
34.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REGISTRAR EN EL REGISTRO ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

715

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



472498

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 03 DE FEBRERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00124	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

REPUBLICA
REGISTRACION
MEXICO

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



GRUPO DE DEFUNCIONARIO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

(IMPRESO)

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

7/16

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y ATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MEXICO PARA GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]			
2. CURP [REDACTED]		4. NACIONALIDAD [REDACTED]	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. TALLA Kilogramos Gramos Metros Centímetros [REDACTED]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 9		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [REDACTED]	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido [REDACTED] Localidad [REDACTED]			
11.4 Municipio o delegación [REDACTED]		11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [REDACTED]	
12. ESCOLARIDAD [REDACTED]			
13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED]			
13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 JMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] b) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] c) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] d) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produce e) [REDACTED] Código CIE [REDACTED] f) [REDACTED] Código CIE [REDACTED]		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Intervalo aproximado [REDACTED] días [REDACTED] meses [REDACTED] años [REDACTED]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED]			
24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]			
26. CERTIFICANTE POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Francisco [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]	
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [REDACTED]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [REDACTED]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO LFTAIIP [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [REDACTED] Día Mes Año [REDACTED]	

Motivación 1

Motivación 2

160264748

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 03 DE FEBRERO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00125	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____ O CIVIL: _____

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: _____

UBICACION: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA DEFUNCION: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: 33

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

TESTIGO

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

718



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 04 DE FEBRERO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00131	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] ANOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 19:00

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: 160264745

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] LOCALIDAD: IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED SIGNATURES]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Abril 2018
FOLIO

719

(SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS)

DEL FALLECIDO(A)	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
5. ¿HABLARA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	6. PESO Kilogramos Gramos [Redacted]
7. TALLA Metros Centímetros [Redacted]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 3	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 6 Vuelto(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 3	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [Redacted]	
11.2 Colonia [Redacted]	11.3 Localidad [Redacted]
11.4 Municipio o delegación [Redacted]	
11.5 Entidad federativa o país (al residir en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 33 Prescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabaja <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 33	
14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad <input type="radio"/> 8	
15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]	
15.2 Colonia [Redacted]	
15.3 Localidad [Redacted]	
15.4 Municipio o delegación [Redacted]	
15.5 Entidad federativa o país (al residir en el extranjero) [Redacted]	
15.6 Tipo de vivienda Vivienda pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 33	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
PARTE I 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa o más causas relacionadas directamente con la muerte) a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] (cardíaco, estomago, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted]	
b) Causas antecedentes, estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]	
c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]	
d) [Redacted]	
PARTE II 21. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa o más causas relacionadas directamente con la muerte) Otro estado patológico significativo que contribuyó a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No se sabe si embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Acidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 ¿Si no donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda colectiva (edificio, apartamento, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficinas <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]	
DEL INFANTE 24. NOMBRE [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE 26. CERTIFICADA POR Médico iratante <input type="radio"/> 1 Médica legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: [Redacted]	
28. NOMBRE [Redacted]	
29. FIRMA [Redacted]	
30. DOMICILIO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno [Redacted]	
31. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]	
DEL REG. CIVIL 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num. Acta Num. [Redacted]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Redacted] 34.2 Municipio o delegación: [Redacted] 34.3 Entidad federativa: [Redacted] 34.4 Día Mes Año: [Redacted]	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD.



En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número 01 del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja 197 se encuentran asentados los datos siguientes:

720



ACTA DE DEFUNCION

CRIP -----
CURP -----

OFICIAL	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
01	01			
MUNICIPIO O DELEGACION		ENTIDAD FEDERATIVA		

DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S) _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____
 NACIONALIDAD _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD DEL FINADO _____
 DOMICILIO: Calle, N.Int, N.Ext, Col. _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____
 ENTIDAD _____ PAIS _____ ESTADO CIVIL _____

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION _____ LUGAR DE LA DEFUNCION _____
 TIPO DE LA MUERTE _____ NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____ CEDULA EN CASO DE SER MEDICO _____ CERTIFICADO No _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NOMBRE DEL PADRE _____ NOMBRE DE LA MADRE _____
 CAUSA(S) DE LA DEFUNCION _____

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 GOBIERNO FEDERAL
 SECRETARIA DE SALUD
 CUERNAVACA, MORELOS

El suscrito Oficial del Registro Civil Núm 01 de éste Municipio Certifica que los datos de la presente corresponden en todas sus letras, números y signos con su original que tuve a la vista

03/02/2016 19:29:59
 FECHA DE EXPEDICION



El C. Oficial No. 01 del Registro Civil

Certificación que se expide en: CUERNAVACA, MORELOS

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

722

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]	
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Vudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
11.1 Calle y número	11.2 Colonia
11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación	
11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15.1 Nombre de la unidad médica
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
16.1 Calle y número	16.2 Colonia
16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación	
16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED] e) [REDACTED] f) [REDACTED] g) [REDACTED] h) [REDACTED] i) [REDACTED] j) [REDACTED] k) [REDACTED] l) [REDACTED] m) [REDACTED] n) [REDACTED] o) [REDACTED] p) [REDACTED] q) [REDACTED] r) [REDACTED] s) [REDACTED] t) [REDACTED] u) [REDACTED] v) [REDACTED] w) [REDACTED] x) [REDACTED] y) [REDACTED] z) [REDACTED] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No está embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	22.2 ¿Las causas anotadas fueron aplicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23.1 Fue un presunto Asesinato <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	23.4 ¿Qué permisos (en el presunto agresor con el/la fallecido/a)? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión	
23.7 Solo en caso de accidente, anote el lugar donde ocurrió la lesión	
23.7.1 Calle y número	23.7.2 Colonia
23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación	
23.7.5 Entidad federativa	
DEL INF.	
24. NOMBRE	
Nombre(s)	Apellido paterno
Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
DEL CERTIFICANTE	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE	
Nombre(s)	Apellido paterno
Apellido materno	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO	
31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
Num. Libro Num.	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad	
34.2 Municipio o delegación	
34.3 Entidad federativa	
34.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

722

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FECHA DE REGISTRO
12 DE FEBRERO DE 2016

MUNICIPIO
IGUALA DE LA SIERRA

LIBRO
01

ACTA No.
00121

LOCALIDAD
IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO

FINADO

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD

NACIONALIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO HABITUAL

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

(ENTIDAD FEDERATIVA)

(PAIS)

IGUALA (LOCALIDAD)

(MUNICIPIO)

GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)

MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE

NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE

NACIONALIDAD:

NOMBRE DE LA MADRE

NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION:

HORA:

LUGAR: HOGAR

CERTIFICADO No.

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:

UBICACION:

ONDE FALLECIÓ:

CAUSAS DE DEFUNCION:

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

No. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

EDAD:

NACIONALIDAD:

PARENTESCO:

DOMICILIO:

OCCUPACION:

TESTIGOS

NOMBRE:

EDAD:

NACIONALIDAD:

PARENTESCO:

DOMICILIO:

OCCUPACION:

NOMBRE:

EDAD:

NACIONALIDAD:

PARENTESCO:

DOMICILIO:

OCCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTE REQUISITOS.

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

REPUBLICA MEXICANA
EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANUEL ZAMBRANO
MUNICIPIO DE IGUALA
GUERRERO

[Redacted Signature]

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE IGUALA
OFICINA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

AL PRESENTE Y EN FUTURO
GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



723

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO 01	29 DE FEBRERO DE 2018	IGUALA
ACTA No. 08198	ENTIDAD FEDERATIVA	GUERRERO

472595

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: 27 DE AGOSTO DE 1964 EDAD: 51 AÑOS (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: PRIMERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: CALLE ACABES [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

Nº. DE CEDULA P: [REDACTED]

DOMICILIO: C [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:

PRESENTE REGISTROS:

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

TESTIGO: [REDACTED]

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCION
MUNICIPAL
DE LA RESERVA, GRU
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GRUPO DE DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS



INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

724

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE ENTREGUE LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL I.M.E.T.
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		
Nombre(s)	Apellido paterno Apellido materno	
6. PESO 7. TALLA 8. FECHA DE NACIMIENTO		
Kilogramos Gramos	Metros Centímetros	
Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA		
Para menores de una hora	Para menores de un día	
Para menores de un mes	Para menores de un año	
Para personas de un año o más	Se ignora	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 8		
11. RESIDENCIA HABITUAL		
12. ESCOLARIDAD		
13.1 Trabajaba		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		
16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modo de morir, síntomas, pronóstico, etc.)		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa congnada arriba mencionada en último lugar la causa básica	Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.2 Ocurrió en: el domicilio de la víctima <input type="radio"/> 1 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.4 ¿Qué pariente(s) tenía el presunto agresor con el/la fallecido(s)?		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		
23.6 Responda brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
26. CERTIFICADA POR		
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	27. SI EL	
28. DOMICILIO		
27. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
34.1 Localidad		
34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año		

ATENCIÓN. EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

72
[Redacted] a [Redacted] del Registro Civil
certificado que en el Libro Número [Redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja se encuentran asentados los datos siguientes:

01
4004125
129



ACTA DE DEFUNCION

CRIP _____
CURP _____

OFICIALIA LIBRO No. ACTA No. LOCALIDAD

[Redacted]
ENTIDAD FEDERATIVA

DATOS DEL FINADO

[Redacted]

NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD SEXO FECHA DE NACIMIENTO EDAD DEL FINADO

GUERRERO LOCALIDAD MUNICIPIO

ENTIDAD PAIS ESTADO CIVIL

DATOS DEL FALLECIMIENTO

[Redacted]

CAUSA DE DEFUNCION LUGAR DE LA DEFUNCION

ATURAL DR. FERNANDO USIBIM MARRON

TIPO DE LA MUERTE NOMBRE DEL CERTIFICANTE CEDULA EN CASO DE SER MEDICO CERTIFICADO No.

NOMBRE DEL CONYUGE NOMBRE DEL PADRE NOMBRE DE LA MADRE

[Redacted]

[Redacted Signature]

El suscrito oficial 01 del Registro Civil certifica que los datos de la presente corresponden en todas sus letras, números y signos con su original que tuvo a la vista.

Certificación que se expide en: EMILIANO ZAPATA, MORELOS



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL continúa al reverso...
18/02/2016 09:56:57
OFICIALÍA DE REGISTRO CIVIL
2016-2018
SELO DE LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL

4904125



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

226

ENTREGUE ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL CENTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEF, ESTOS CONSERVAF LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted] 3. SEXO [Redacted] 4. NACIONALIDAD [Redacted]

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 6. PESO 54.00 Kilogramos Gramos 7. TALLA 1.54 Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO 18/07/1922 Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos Para menores de un día [Redacted] Horas Para menores de un mes [Redacted] Días Para menores de un año [Redacted] Meses Para personas de un año o más 93 Años cumplidos Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [Redacted] 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora 13.1 Trabajaba SI No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] Pública Otro lugar Hogar Se ignora

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

16. Entidad federativa [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) Intervalo aproximado [Redacted] Código CIE [Redacted]

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 23.3 ¿Sitio donde ocurrió la lesión? Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF. 24. NOMBRE [Redacted] 25. RELACION CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE 26. CER [Redacted] Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Profesional No profesional 28. [Redacted] 29. TELÉFONO [Redacted]

30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [Redacted] 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

1604-958

727

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 03 DE MARZO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00217	ENTIDAD FEDERATIVA COAHUILA DE ZARAGOZA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

TESTIGO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

TESTIGO: [REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL MONTELO ZAMBRANO HERNANDEZ

AVILA DE IGUALA CONSTITUCIONAL COAHUILA DE ZARAGOZA OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GRUPO DEFUNCION A.T.O.
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
TERRERO

(INTERES-DO)



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2018
FOLIO

728

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE LE ENTREGA EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. EL ACTA DE DEFUNCIÓN Y EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMET-3, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL NIEZI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VICENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Apellido paterno	
Apellido materno		L. NACIONALIDAD	
5. HABLA O COMPRENDE ALGUNAS LENGUAS		Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. SEXO			
3. EDAD			
4. FECHA DE DEFUNCIÓN			
6. LUGAR DE DEFUNCIÓN			
7. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
8. CAUSAS ANTECEDENTES			
9. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2	
El puerperio <input type="radio"/> 3		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
13 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		Código CIE	
23.1 Fue un presunto		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?	
Accidente <input type="radio"/> 1		0 <input type="radio"/> 6	
Homicidio <input type="radio"/> 2		1 <input type="radio"/> 7	
Suicidio <input type="radio"/> 3		2 <input type="radio"/> 8	
Se ignora <input type="radio"/> 4		3 <input type="radio"/> 9	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		4 <input type="radio"/> 0	
Sí <input type="radio"/> 1		5 <input type="radio"/> 1	
No <input type="radio"/> 2		6 <input type="radio"/> 2	
23.3 Si la donación ocurrió la lesión		7 <input type="radio"/> 3	
Vivienda particular <input type="radio"/> 0		8 <input type="radio"/> 4	
Área deportiva <input type="radio"/> 3		9 <input type="radio"/> 5	
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Se ignora <input type="radio"/> 9	
Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
23.7.1 Calle y número:		23.7.2 Colonia:	
23.7.3 Localidad:		23.7.4 Municipio o delegación:	
23.7.5 Entidad federativa:		23.7.6 Día:	
23.7.7 Mes:		23.7.8 Año:	
DEL FALLECIDO			
DEL CERTIFICANTE			
DEL REG. CIVIL			



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

729

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____													
	2. CURP _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F													
	3.1 Para menores de un año asigne el número de folio del Certificado de Nacimiento _____	16. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcedo(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>												
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.)													
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica </td> <td style="width: 40%;"> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE										
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE												
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo													
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5													
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO														
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO														
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____														
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE													
	23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9													
	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO													
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9													
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con ella? (añadido a)													
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión														
23.7 Solo en caso de accidente, anote si:														
23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____														
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____													
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día Mes Año _____													

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD.

730



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE LUNCA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 18 DE FEBRERO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00154	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CREDENCIAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTE REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LICENCIA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN NUESTRA INTERVENCION Y HUBIERON HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU MUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANDLO ZAMBRANO HERNANDEZ

COMITAMIENTO
MUELLA DE LA OFICIALIA
INSTITUCIONAL
EL ANDEPERA S.C. DE
CIVILIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-02-18

ACTA DE DEFUNCION No. 00154 GUERRERO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

731



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 16 DE MARZO DE 2016	
LIBRO 02	ACTA No. 00261	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: _____ (SEÑOR O SEÑORA)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ (DÍAS, MESES Y AÑOS)

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO N.º _____

DESTINO DEL CADAVER: _____

LUBICACION: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS:

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



LFTAIP

INTERESADO

LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

GUERRERO
REG. NACIONAL P.O. 0209
A GUERRERO MANOLO

FALLECIDO(A)

Nombre

732

DEL FALLECIDO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEG. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1.1.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)

13. OCUPACIÓN MARTIL: Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4
El parto 2, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
El puerperio 3

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Situación donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicios 5, Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____
23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____

DEL INF.

24. NOMBRE

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

28. NOMBRE

Nombre(s) _____ Apellido(s) _____

Miembro de la cédula profesional _____

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad _____

Art. 113 Fracc. I LFTAIP



160264923

Motivación 1

Motivación 2

733

1ª clase
290

GUERRERO
REGISTRO CIVIL
GR DEFUNCIÓN

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 09 DE MARZO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00232	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED]
 NOMBRES: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
 (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DESTINO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]
 DONDE FUE ENCONTRADO: [REDACTED]
 CAUSAS: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL INTERVENIENTE: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.
 [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ
 FIRMA: [REDACTED] SELLO DE LA OFICIALIA: [REDACTED]



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

AÑO 2018
FOLIO

739

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL ACTA DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEREFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROS) PARA ENTREGARLA AL INERI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
	[Redacted]		
	[Redacted]		
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfonia, etc.)		
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidental <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 0		
	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		
	23.3 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Duro <input type="radio"/> 0 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 0		
DEL INF.	24. NOMBRE		
	[Redacted]		
	[Redacted]		
	[Redacted]		
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
	34.1 Localidad		
	34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día 34.5 Mes 34.6 Año		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



735

ESTADO	IGUALA	FECHA DE REGISTRO	09 DE MARZO DE 2018
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LIBRO	02
		ACTA No.	00233
		LOCALIDAD	IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA	QUERREARO

FINADO SEXO: H MUJER

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____

IGUALA (LOCALIDAD): _____

NOMBRE DEL CONYUGÉ: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____

LUGAR: IMSS

DESTINO DEL CADAVER: _____

UBICACION: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA DEFUNCION: _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE ATENDIO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. MANOLO ZAMBRANO HERRERO



INTERESADO

Pr

737

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL		ACTA DE DEFUNCION CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION	
OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 14 DE MARZO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA	526121
LIBRO 02	ACTA No. 00248	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]			
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]			
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]			
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]			
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]			
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]			
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]			
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]			
LUGAR: HOSPITAL RO [REDACTED]			
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]			
UBICACION: DEPARTA [REDACTED]			
DONDE FALLECIDO: CAL [REDACTED]			
CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]			
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]			
NOMBRE DEL MEDICO O [REDACTED]			
NO. DE CEDULA PROFES [REDACTED]			
DOMICILIO: CALLE IC [REDACTED]			
DECLARANTE			
NOMBRE: [REDACTED]			
NACIONALIDAD: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
TESTIGOS			
NOMBRE: [REDACTED]			
NACIONALIDAD: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
NOMBRE: [REDACTED]			
NACIONALIDAD: [REDACTED]			
DOMICILIO: [REDACTED]			
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS			
[REDACTED]			
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIMIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL			
EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ		 SELLO DE GOBIERNO CONSTITUCIONAL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018	

GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2018
FOLIO

738

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INESI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

755264923

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
DE LA DEFUNCIÓN	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/>		Intervalo aproximado
	b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que precedieron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/>		Código CIE
	d) <input type="text"/>		
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <input type="text"/>		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vías públicas) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>		
	23.6 Descrba brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <input type="text"/>		
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número <input type="text"/> 23.7.2 Colonia <input type="text"/> 23.7.3 Localidad <input type="text"/> 23.7.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 23.7.5 Entidad federativa <input type="text"/>		
DEL INF.	24. <input type="text"/>		
DEL CERTIFICANTE	25. NOMBRE <input type="text"/>		
	26. DOMICILIO <input type="text"/>		
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN: OFICIALIA O JUZGADO Num. <input type="text"/> libro Num. <input type="text"/>		34. LOCALIDAD DE REGISTRO
	33.1 Acta Núm. <input type="text"/>		34.1 Localidad <input type="text"/>
	33.2 <input type="text"/>		34.2 Municipio o delegación <input type="text"/>
	33.3 <input type="text"/>		34.3 Entidad federativa <input type="text"/>
	33.4 <input type="text"/>		34.4 Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UNA ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

OFICIALÍA	LIBRO	ACTA	CRIP	CURP	FECHA DE REGISTRO
40	32				
LOCALIDAD		MUNICIPIO			

NOMBRE: _____

SEXO: _____

EDAD: 40 AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

NACIONALIDAD: _____

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: _____

No. DE CERTIFICADO: 760

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO: _____

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: _____

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ: _____

No. DE CÉDULA PROFESIONAL: _____

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____

YO _____ DEL COLEGIO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN NOMBRE DEL AYUNTAMIENTO DEL _____, DOY FE. Y CERTIFICO QUE LA ACTA DE DEFUNCIÓN ANTERIORMENTE MENCIONADA ES VERDADERA Y SE ENCUENTRA ASENTADA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE GUERRERO.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

740

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. CURP Apellido paterno Apellido materno

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora 99

6. PESO 7. TALLA

1 2 9 Kilogramos Gramos Metros Centímetros

9. EDAD CUMPLIDA Se ignora 9

Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

13.1 Trabajaba 1 2 9

14.1

14.2

14.3

14.4

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 2 3 4 5

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 5

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 1 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 1 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio o delegación

23.7.5 Entidad federativa

DEL INF. 24. NOMBRE

DEL CERTIFICANTE 28. NOMBRE

29.

30.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

EL REG. CIVIL 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Fracc. V, VII

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Art. 170 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1 Motivación 2

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU RATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN LA MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160276284

EN LA CIUDAD DE ACAPULCO, GUERRERO, SIENDO LAS QUINCE HORAS CON TREINTA Y SEIS MINUTOS, DEL DÍA CATORCE DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DIECISÉIS LA SUSCRITA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN (SECTOR RENACIMIENTO), DEL DISTRITO JUDICIAL DE TABARES, QUIEN ACTÚA CON TESTIGOS DE ASISTENCIA, QUE AL FINAL FIRMAN Y DAN FE,

HACE CONSTAR

QUE SE ABREN NUEVAMENTE LAS PRESENTES ACTUACIONES POR FALTAR OTRAS DILIGENCIAS QUE PRACTICAR.

CONSTANCIA.- CONTINUAMENTE EL PERSONAL ACTUANTE HACE CONSTAR QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES [REDACTED] EN SU CALIDAD DE TESTIGOS DE IDENTIDAD CADAVERICA, CON EL FIN DE QUE LES SEA TOMADA SU DECLARACIÓN MINISTERIAL.

ACUERDO.- VISTA LA CONSTANCIA QUE ANTECEDE LA QUE SEÑALA QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES LAS PERSONAS QUE DIJERON LLAMARSE [REDACTED]

EN SU CALIDAD DE TESTIGOS DE IDENTIDAD CADAVERICA, Y TOMANDO EN CONSIDERACIÓN QUE ES NECESARIA RECABAR SU TESTIMONIO CON EL OBJETO DE INTEGRAR DEBIDAMENTE LA INDAGATORIA EN QUE SE ACTÚA, PARA CONOCER LA VERDADERA IDENTIDAD DEL HOY OCCISO; CON FUNDAMENTO EN LOS DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 21 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS MEXICANOS; 139 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA LOCAL; 1, 58 Y 73 DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE GUERRERO, LA SUSCRITA ACUERDA.

ACUERDA

ÚNICO.- RECÁBESE LA DECLARACIÓN MINISTERIAL DE LOS [REDACTED] BARRERA GARDUÑO [REDACTED] CASTRO, EN SU CALIDAD DE TESTIGOS DE IDENTIDAD CADAVERICA, A FIN DE QUE MANIFIESTEN LO QUE EN SU DERECHO CONVENGAN.

ASÍ LO ACORDÓ Y FIRMA LA SUSCRITA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO QUIEN ACTÚA CON TESTIGOS DE ASISTENCIA.



AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN (SECTOR RENACIMIENTO), DEL DISTRITO JUDICIAL DE TABARES

PRESENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN (SECTOR RENACIMIENTO) DEL DISTRITO JUDICIAL DE TABARES

TESTIGO DE ASISTENCIA

[REDACTED]

DECLARACIÓN MINISTERIAL DE [REDACTED] TESTIGO DE IDENTIDAD CADAVERICA SEGUIDAMENTE Y EN LA MISMA FECHA EL PERSONAL DE ACTUACIONES HACE CONSTAR QUE SE ENCUENTRA PRESENTE EN EL INTERIOR DE ESTA PRESENTACION SOCIAL, LA PERSONA QUE EN SU ESTADO NORMAL DIJO LLAMARSE [REDACTED] QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL DE ELECTOR A QUIEN LE PROTESTO EN TERMINOS DE LA LEY PARA QUE SE CONDUZCA CON LA VERDAD EN TODO LO QUE VA A DECLARAR Y ADVERTIDO) DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES, OFRECIO NO MENTIR Y POR SUS GENERALES DIJO LLAMARSE COMO HA QUEDADO ESCRITO SER DE [REDACTED] ESTADO CIVIL [REDACTED] OCUPACION [REDACTED] RELIGION [REDACTED] CON INSTRUCCION DE [REDACTED], ORIGINARIO [REDACTED] CON DOMICILIO ACTUAL EN [REDACTED] TELEFONO [REDACTED]



EXAMINADO COMO CORRESPONDE DECLARO: QUE UNA VEZ DE HABER TENIDO A LA VISTA EN LAS INSTALACIONES DEL SERVICIO MEDICO FORENSE, EL CUERPO DE UNA PERSONA PRIVADA DE LA VIDA DEL SEXO [REDACTED], LO RECONOZCO PLENAMENTE Y CON TEMOR A EQUIVOCARME, COMO MI HIJO QUIEN EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED] QUIEN CONTABA CON LA EDAD DE [REDACTED] DE ESTADO [REDACTED] PERO PROCREO [REDACTED] CON [REDACTED] DE NOMBRES [REDACTED] E APELLIDOS [REDACTED], DE [REDACTED] S RESPECTIVAMENTE, DE RELIGION [REDACTED], CON INSTRUCCION [REDACTED] DE OCUPACION [REDACTED], ORIGINARIO [REDACTED], CON DOMICILIO EN [REDACTED]

AGENCIA
MINIST
ECTOR
ABSTRITO CIVIL
DE TABACO

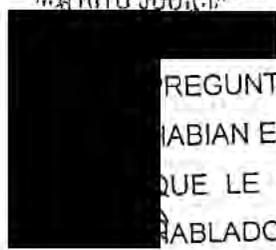
[REDACTED] QUE PADECIA DE [REDACTED] QUE SI ERA POCO AFECTO A LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS, QUE SI ERA POCO AFECTO AL TABACO DE USO COMUN, QUE NO ERA ADICTO A LAS DROGAS Y QUE EN RELACION A LOS HECHOS LOS IGNORO POR NO HABERLOS PRESENCIADO, PERO DESEO MANIFESTAR LO SIGUIENTE: QUE LA ULTIMA VEZ QUE VI CON VIDA A MI HIJO FUE EL TRECE DE FEBRERO DEL PRESENTE AÑO, YA QUE MI HIJO LO VEIA CADA OCHO O QUINCE DIAS, Y QUE LA ULTIMA QUE HABLE CON MI HIJO FUE EL VEINTISIETE DE FEBRERO YA QUE MI HIJO HOY OCCISO [REDACTED] ME LLAMO POR TELEFONO Y ME DIJO QUE IBA A IR A MEXICO CON LA FLOTTA DE CARROS DE SU PATRON Y QUE SOLO PASARIA EL DOMINGO VEINTIOCHO DE FEBRERO PASARIA A IGUALA Y QUE LE PREPARARA UNAS MOJARRAS POR QUE SE LAS COMERIA, PERO QUE NO LLEGO MI HIJO ESE DIA COMO HABIAMOS QUEDADO, Y QUE PASO TODA UNA SEMANA Y QUE NO SABIA DE MI HIJO Y QUE FUE HASTA EL DIA PRIMERO DE MARZO DEL AÑO EN CURSO, CUANDO SERIAN APROXIMADAMENTE LAS DOCE DEL DIA CUANDO VINE A ESTA CIUDAD Y PUERTO DE ACAPULCO, GUERRERO PRECISAMENTE A SU LUGAR DE TRABAJO, EL CUAL ESTA DONDE ESTAN CONSTRUYENDO EL NUEVO MACROTUNEL, Y ME ENTREVISTE CON EL SEÑOR A QUIEN SOLO CONOZCO POR EL NOMBRE DE [REDACTED] alias [REDACTED] QUIEN ES EL JEFE ENCARGADO DE MI HIJO, Y QUE AL PREGUNTARLE DE MI HIJO ME DIJO QUE EL



VIERNES IBAN ATROPELLAR A MI HIJO YA QUE ESTABA MUY BORRACHO Y QUE EL CARRO EN VEZ DE ATROPELLARLO LE PEGO A OTRO CARRO, Y QUE YO LE DIJE AL SEÑOR [REDACTED] QUE MI HIJO ME HABIA HABLADO EL DIA VEINTISIETE QUE SE IBA A IR A MEXICO Y QUE IBA A LLEGAR EL VEINTIOCHO A COMER MOJARRAS, CONTESTÁNDOME EL SEÑOR [REDACTED] QUE SI QUE DE ECHO MI HIJO LE HABIA DADO LAS LLAVES DEL CARRO Y QUE POR QUE LAS COSAS DE MI HIJO ES DECIR SUS PERTENENCIAS ESTABAN EN EL CARRO YA QUE EL NUEVO CHOFER DEL CARRO DE VOLTEO ME DIO LAS COSAS DE MI HIJO CHOFER A QUIEN SOLO CONOZCO POR EL [REDACTED] QUIEN ME DIJO QUE AHI ESTABAN LAS COSAS DE MI HIJO Y YO LE CONTESTE QUE YO QUERÍA A MI HIJO NO LAS COSAS DE EL, CONTESTÁNDOME DON MARIO QUE TODOS LOS TRABAJADORES BUSCARÍAN A MI HIJO, Y QUE LE PREGUNTE A [REDACTED] SI MI HIJO HABIAN RECIBIDO ALGUNA AMENAZA , CONTESTÁNDOME EL SEÑOR [REDACTED] QUE NO QUE NO, QUE TAMPOCO CONSUMÍA DROGAS, Y QUE A MI PREOCUPACIÓN MARQUE A LOCATEL Y DIJE QUE MI HIJO HOY OCCISO GERARDO BARRERA RAMIREZ, Y QUE EL DIA NUEVE DE MARZO DEL AÑO EN CURSO, RECIBI UNA LLAMADA TELEFÓNICA POR PARTE DE PERSONAL DE LOCALTEL, POR MEDIO DE LA CUAL ME ESTABAN MANIFESTANDO QUE MI HIJO NO HABIA PARECIDO NI EN HOSPITALES, NI EN EL SERVICIO MEDICO FORENSE, POR LO QUE LE DI LAS GRACIAS Y PIDIÉNDOLE DE FAVOR QUE SI CUALQUIER COSA SABIAN DE MI HIJO ME NOTIFICARAN, AGENCIA QUE EL DIA DE AYER DOMINGO TRECE DE MARZO DEL AÑO EN CURSO, CUANDO SERIAN APROXIMADAMENTE ONCE DE LA NOCHE CON VEINTE MINUTOS, , RECIBI UNA LLAMADA TELEFÓNICA POR PARTE DE LOCALTEL, POR MEDIO DE LA CUAL ME DIJO [REDACTED] "LE TENGO UNA MALA NOTICIA SU HIJO GERARDO BARRERA RAMIREZ" Y YO PREGUNTE QUE COMO SABIA QUE SE TRATABA DE MI HIJO Y ESTE ME DIJO QUE POR QUE HABIAN ENCONTRADO SU CREDENCIAL DE ELECTOR, Y SU LICENCIA DE MANEJO, POR LO QUE LE LLAME POR TELÉFONO AL SEÑOR [REDACTED] PENSANDO QUE EL ME HABIA HABLADO PERO ESTE ME DIJO QUE NO QUE EL NO SABIA NADA, POR LO QUE REMARQUE EL NUMERO Y FUE AHI QUE ME DI CUENTA QUE SE TRATABA DE LOCALTEL, Y QUE FUE EL DIA DE HOY QUE ME TRASLADÉ HASTA EL SERVICIO MEDICO FORENSE DE ESTA CIUDAD DONDE ME CERCIORE QUE EFECTIVAMENTE MI HIJO HABIA PERDIDO LA VIDA, QUIERO HACER MENCIÓN QUE SE POR VOZ DEL SEÑOR [REDACTED] QUE MI HIJO ESTUVO TOMANDO CON UN COMPAÑERO DE TRABAJO DE QUIEN DESCONOZCO EL NOMBRE, QUIERO HACER MENCIÓN QUE MI HIJO ERA UNA PERSONA TRABAJADORA, NO TENIA PROBLEMAS CON NADIE, NO TENIA DEUDAS, NO TENIA CARRO PROPIO, SI TENIA CUENTAS EN REDES SOCIALES, ESTABA COMO EL [REDACTED] ASI TAMBIÉN EN ESTE ACTO DESEO EXHIBIR EN ORIGINAL Y SUS RESPECTIVAS COPIAS FOTOSTATICAS DEL ACTA DE NACIMIENTO DE MI HIJO HOY OCCISO, SOLICITANDO SE ME HAGA LA DEVOLUCIÓN DE MI ORIGINAL POR ASI CONVENIR A MIS INTERESES PERSONALES, PREVIO COTEJO Y CERTIFICACIÓN QUE SE HAGA DE SUS REPRODUCCIONES Y SURTAN SUS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES Y EN ESTE ACTO DESEO AGREGAR QUE PRESENTO FORMAL DENUNCIA POR EL DELITO DE HOMICIDIO (DOLOSO), COMETIDO EN AGRAVIO DE MI HIJO GERARDO BARRERA RAMIREZ, POR ULTIMO SOLICITO SE ME HAGA LA ENTREGA DEL CUERPO DE MI HIJO QUIEN EN VIDA RESPONDIERA AL NOMBRE DE [REDACTED] RAMIREZ CON EL FIN DE DARLE CRISTIANA SEPULTURA EN EL PANTEÓN MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE IGUALA DE LA IMPERIAL, QUERRERO, Y LOS SERVICIOS FUNERARIOS SERÁN REALIZADOS POR [REDACTED] QUE ES TODO



AGENCIA DE INVESTIGACIONES
 MINISTERIO PÚBLICO
 SECTOR RENOVACION
 DISTRITO JUDICIAL





LO QUE TIENE QUE DECLARAR, PREVIA LECTURA LO EXPUESTO LO RATIFICA FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALCE PARA DEBIDA CONSTANCIA. ----- CONSTE. -----

LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN
(SECTOR RENACIMIENTO) DEL DISTRITO JUDICIAL DE TABARES



AGENCIA DEL
MINISTERIO PÚBLICO
SECTOR RENACIMIENTO
DISTRITO JUDICIAL



TESTIGO DE ASISTENCIA



TESTIGO DE ASISTENCIA.



FE MINISTERIAL DE IDENTIFICACIÓN Y ACTA DE NACIMIENTO. - SEGUIDAMENTE EL PERSONAL ACTUANTE DA FE DE TENER A LA VISTA EN ORIGINAL Y COPIAS FOTOSTÁTICA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: UNA CREDENCIAL DE ELECTOR, EXPEDIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL, A NOMBRE DE [REDACTED] LA CUAL PRESENTA UNA FOTOGRAFÍA CUYOS RASGOS FISONÓMICOS COINCIDEN CON LOS DE SU PRESENTANTE, ASI COMO UN ACTA DE NACIMIENTO CON NUMERO DE FOLIO [REDACTED], A NOMBRE DE [REDACTED] PASADA ANTE LA FE DEL OFICIO DEL REGISTRO CIVIL NUMERO UNO DE MEXICO DISTRITO FEDERAL LICENCIADO [REDACTED] DEVOLVIENDOSELE EN ESTE ACTO LOS ORIGINALES A SU PRESENTANTE POR ASI HABERLO SOLICITADO, PREVIO COTEJO Y CERTIFICACIÓN DE LAS COPIAS MISMAS QUE SE AGREGAN A LAS PRESENTES ACTUACIONES PARA QUE SURTAN LOS EFECTOS LEGALES CONDUCTENTES, DE TODO LO CUAL SE DA FE.-----

DAMOS FE.-----

SE AUTORIZA LO ACTUADO-----

DAMOS FE.-----

LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN
(SECTOR RENACIMIENTO) DEL DISTRITO JUDICIAL DE TABARES



TESTIGO DE ASISTENCIA.



TESTIGO DE ASISTENCIA.



--- DECLARACIÓN MINISTERIAL DE [REDACTED] TESTIGO DE IDENTIDAD

CADAVERICA SEGUIDAMENTE Y EN LA MISMA FECHA EL PERSONAL DE ACTUACIONES HACE CONSTAR QUE SE ENCUENTRA PRESENTE EN EL INTERIOR DE ESTA PRESENTACIÓN SOCIAL, LA PERSONA QUE EN SU ESTADO NORMAL DIJO LLAMARSE [REDACTED]

[REDACTED] QUIEN SE IDENTIFICA CON LA LICENCIA DE CONDUCIR, EXPEDIDA POR EL H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE SAN MIGUEL TOTOLAPAN, GUERRERO, CON NUMERO DE LICENCIA [REDACTED] A QUIEN LE PROTESTÓ EN TÉRMINOS DE LA LEY PARA QUE SE CONDUZCA CON LA VERDAD EN TODO LO QUE VA A DECLARAR Y ADVERTIDO) DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES, OFRECIÓ NO MENTIR Y POR SUS GENERALES DIJO LLAMARSE COMO HA QUEDADO ESCRITO SER DE [REDACTED] ESTADO CIVIL

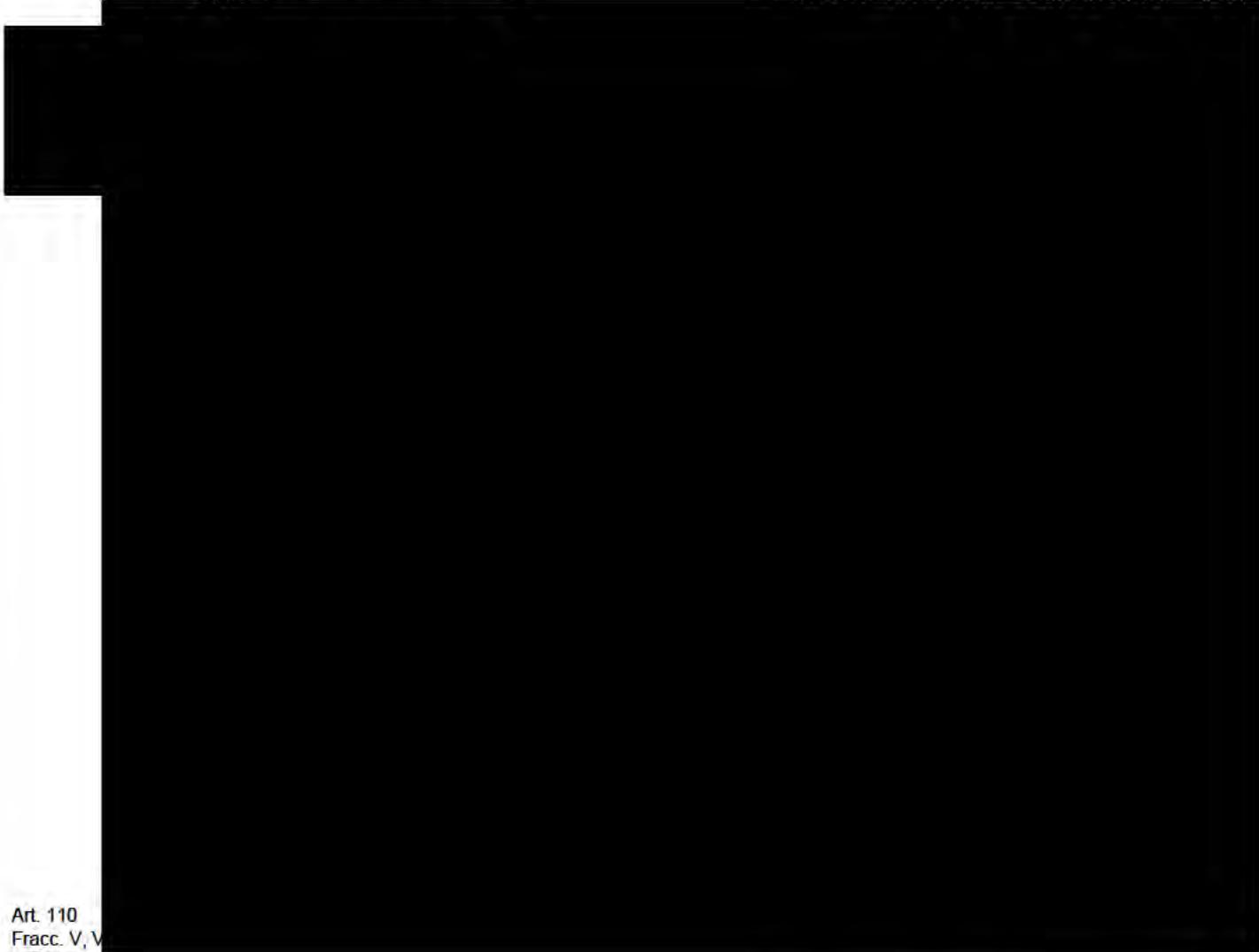
[REDACTED] OCUPACIÓN [REDACTED] RELIGIÓN [REDACTED] CON INSTRUCCIÓN DE [REDACTED] ORIGINARIO DE [REDACTED], CON DOMICILIO ACTUAL EN GONZALEZ ORTEGA NUMERO 5-A, DE LA COLONIA CENTRO, DE LA CIUDAD DE IGHALA DE

[REDACTED] CON NUMERO DE TELÉFONO [REDACTED]

EXAMINADO COMO CORRESPONDE DECLARO: QUE UNA VEZ DE HABER TENIDO A LA VISTA EN LAS INSTALACIONES DEL SERVICIO MEDICO FORENSE, EL CUERPO DE UNA PERSONA PRIVADA DE LA VIDA DEL SEXO [REDACTED] O, LO RECONOZCO PLENAMENTE Y SIN TEMOR A EQUIVOCARME, COMO MI CUÑADO, QUIEN EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE [REDACTED] QUIEN CONTABA CON LA EDAD DE [REDACTED] (NACIÓ EL

[REDACTED] DIA [REDACTED] DE FEBRERO DE [REDACTED] AÑO), DE ESTADO CIVIL SOLTERO, PERO PROCREO DOS HIJOS CON LA SEÑORA AIDE FERNÁNDEZ

AGENCIA DEL [REDACTED] DE NOMBRES SERGIO Y DIANA DE APELLIDOS BARRERA FERNÁNDEZ, DE 04 AÑOS DE EDAD, RESPECTIVAMENTE [REDACTED] INSTRUCCIÓN PRIMERO DE [REDACTED] SECUNDARIA, DE OCUPACIÓN [REDACTED], ORIGINARIO [REDACTED] GUERRERO, CON



MCQUEEN, PRESENTANDO FORMAL DENUNCIA POR EL DELITO DE HOMICIDIO (DOLOSO), COMETIDO EN AGRAVIO DE [REDACTED] POR ULTIMO SOLICITO SE ME HAGA LA ENTREGA DEL CUERPO DE MI [REDACTED] QUIEN EN VIDA RESPONDIERA AL NOMBRE DE [REDACTED], CON EL FIN DE DARLE CRISTIANA SEPULTURA EN EL PANTEÓN MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE IGUALA DE LA [REDACTED], Y LOS SERVICIOS FUNERARIOS SERÁN REALIZADOS POR [REDACTED] TODO LO QUE TIENE QUE DECLARAR, PREVIA LECTURA LO EXPUESTO LO RATIFICA FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALCE PARA DEBIDA CONSTANCIA. --

----- CONSTE. -----



LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN

AGENCIA L...
MINISTERIO P...
SECTOR RENACIA...
DISTRITO JUDIC...
(C. IGUALA)

[REDACTED]

TESTIGO DE IDENTIDAD CADAVERICA

[REDACTED]

TESTIGO DE ASISTENCIA

[REDACTED]

TESTIGO DE ASISTENCIA

[REDACTED]

---FE MINISTERIAL DE IDENTIFICACIÓN - SEGUIDAMENTE EL PERSONAL ACTUANTE DA FE DE TENER A LA VISTA EN ORIGINAL Y COPIAS FOTOSTÁTICAS, DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: UNA CREDENCIAL DE ELECTOR, EXPEDIDA POR INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL, A NOMBRE DE [REDACTED] LA CUAL PRESENTA UNA FOTOGRAFÍA CUYOS RASGOS FISONÓMICOS COINCIDEN CON LOS DE SU PRESENTANTE, DEVOLVIÉNDOSE EN ESTE ACTO EL ORIGINAL A SU PRESENTANTE, POR ASI HABERLO SOLICITADO, PREVIO COTEJO Y CERTIFICACIÓN DE LAS COPIAS, MISMAS QUE SE AGREGAN A LAS PRESENTES ACTUACIONES PARA QUE SURTAN LOS EFECTOS LEGALES CONDUCTENTES, DE TODO LO CUAL SE DA FE.----- DAMOS FE.

----- SE CIERRA Y SE AUTORIZA LO ACTUADO. ----- DAMOS FE. -

LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN

(SECTOR RENACIMIENTO) DEL DISTRITO JUDICIAL DE IGUALA DE LA SIERRA.
[REDACTED]

TESTIGO DE ASISTENCIA

[REDACTED]

747

2^a Clase
522

GUERRERO
ACTA DE DEFUNCION

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL		ACTA DE DEFUNCION CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION	
OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	14 DE MARZO DE 2016	
LIBRO	ACTA No.	02250	
MUNICIPIO	LOCALIDAD	IGUALA	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA	GUERRERO	
FINADO			
NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO:			
AÑOS		MESES	
DÍAS		HORAS	
NACIONALIDAD:			
LUGAR DE NACIMIENTO:			
DOMICILIO HABITUAL:			
NOMBRE DEL CONYUGE			
NOMBRE DEL PADRE			
NOMBRE DE LA MADRE			
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:	
LUGAR:		CERTIFICADO NO	
DESTINO DEL CADAVER			
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLE			
CAUSAS DE LA			
TIPO DE DEFUN			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:			
DECLARANTE			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
TESTIGOS			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES			
PRESENTO REQUISITOS.			
FIRMAS			
TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO	
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL			
EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LID MAMANO ZAMBRANO HERNANDEZ		 H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2016	

INTERESADO



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

748

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

PARTE I
 Otros estados patológicos
 significativos que contribuyeron a
 la muerte, pero no relacionados
 con la enfermedad o estado
 morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo El parto El puerperio
 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 Sí No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 Sí No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto
 Acercamiento Homicidio
 Suicidio Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 Sí No Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular Área deportiva
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública)
 Escuela u oficina pública Área comercial o de servicios

Área industrial (taller, fábrica u obra)
 Granja (rancho o parcela)
 Otro
 Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:

23.7 Sólo en caso de accidente, indique el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

DEL REG. CIVIL

Nombre del domicilio de inscripción en CA OFICIAL o JUZGADO

Núm. Libro Num.

33.1 Acta Num.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 Día

Mes

Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEPARALMENTE ESTE ORIGINAL A SECRETARÍA DE SALUD

749

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 18 DE MARZO DE 2016
LIBRO 03	ACTA No. 00374
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIM: [REDACTED]

LUGAR DE NACIM: [REDACTED]

DOMICILIO HABIT: [REDACTED]

EL TOM: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INUMACION CREMACION NOMBRE DEL SANTUARIO CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALU: [REDACTED]

CAUSAS DE: [REDACTED]

TIPO DE DEF: [REDACTED]

NOMBRE DE: [REDACTED]

NO. DE CEDU: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALID: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALID: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE INTEGRAL I, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060610500329150316.

OFICIO NUM.: 3209, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 17 DE MARZO DE 2016.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
GOBIERNO FEDERAL
SECRETARIA DE INTERIOR
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
UNIDAD DE INTEGRAL I
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2019



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

750

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1 NOMBRE DEL FALLECIDO	
	Nombre(s)	Apellido paterno
	Apellido materno	
	Edad	
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Estatura <input type="text"/> Kilogramos <input type="text"/> Gramos <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Centímetros <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (Puede una sola causa en cada renglón. Entre otras causas muestre por ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Código CIE
	Debido a (o como consecuencia de)	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica	
a) Debido a (o como consecuencia de)		
b) Debido a (o como consecuencia de)		
c) Debido a (o como consecuencia de)		
d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		
23.7.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 23.7.2 Entidad federativa <input type="text"/>		
DEL INF.		
DEL CERTIFICANTE		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
34.1 Localidad <input type="text"/>		
34.2 Municipio o delegación <input type="text"/>		
34.3 Entidad federativa <input type="text"/>		
34.4 Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		
33.1 Acta Núm <input type="text"/>		

751



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 12060010500329150316

OFICIO NÚM.: 3209

ASUNTO: INFORME A REGISTRO
CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (17) DIECISIETE DIA(S) DEL MES DE MARZO
DEL DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO MPAL.
IGUALA, GRO
PRESENTE.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo M [REDACTED] que en vida
respondió al nombre d [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domílicio: MA [REDACTED]

Padres: MARI [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: D [REDACTED]

Originario: ACA [REDACTED]

Instrucción: C [REDACTED]

Lugar del deces: [REDACTED]
CHILPANCINGO

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: E [REDACTED]
OCURRIDO EN HEC [REDACTED]

Médico que dictami [REDACTED]

Lugar de inhumació [REDACTED]

Lo que comunico a U [REDACTED]

Atentamente

Ministerio Público de INTEGRAL 1

del Distrito Judicial de HIDALGO.

[REDACTED]

75
752

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

	OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 18 DE MARZO DE 2018	
	LIBRO 92	ACTA No. 00277	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA			ENTIDAD FEDERATIVA QUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

DECLARANTE

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

USUBICACION: DEPARTA [REDACTED]

DONDE FALLE [REDACTED]

CAUSAS DE L [REDACTED]

TIPO DE DEFU [REDACTED]

HOMBRE DEL ME [REDACTED]

NO. DE CEDULA P [REDACTED]

DOMICILIO: C [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE XHELAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES MANIPULAN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ


H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, QRO
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

753

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL REG. INF.	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO
[REDACTED]					



160265031

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD.

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

754



ESTADO	IGUALA	FECHA DE REGISTRO	31 DE MARZO DE 2016
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LIBRO	02
		ACTA No.	00313
		LOCALIDAD	IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA	GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

REGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA () AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 4

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si 1 No 2 Se ignora 3

23.3 ¿En qué zona ocurrió la lesión?

Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2

Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



160272559

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Fracc. I
 LFTAIP

INTERESADO

Motivación 1

Motivación 2



REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO	GUERRERO
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
FECHA DE REGISTRO	28 DE MARZO DE 2016
LIBRO	02
ACTA No.	00299
LOCALIDAD	IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA	GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLE: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL L.C. MANOLO ZAMBRANO, HERNANDEZ

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

GUERRERO NOS NECESITA A TODOS

GUERRERO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

757

Nombre del fallecido(a)

[Redacted Name]

2. CURP	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
---------	--	--

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI NO

6. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted]

7. FECHA DE DEFUNCIÓN: [Redacted]

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

[Redacted Section]

[Redacted Section]

[Redacted Section]

[Redacted Section]

8. Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de) _____

c) Debido a (o como consecuencia de) _____

d) _____

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22.4 ¿Fue agresivo el personal médico? SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 0

23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número: _____ 23.7.2 Colonia: _____ 23.7.3 Localidad: _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

[Redacted Section]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUZGADO: _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: _____

Fracc. I LFTAIP

Motivación 1 _____ Motivación 2 _____

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SI TAMBIÉN ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SI TAMBIÉN ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160264987

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

758



ESTADO	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
GUERRERO	29 DE MARZO DE 2016	IGUALA
MUNICIPIO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	00305	GUERRERO

545877

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO N.º: [REDACTED]

DESTINO: [REDACTED] ORDEN N.º: [REDACTED]

CAUSAS: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTE REQUISITOS.

[REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

42. ESCOLARIDAD

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
Sí 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
Sí 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Sí 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Establecimiento público 2

Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Art. 110
Núm. Fracc. V, VII
LETAIP
33.1 Acta Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad
34.2 Municipio o Delegación
34.3 Entidad federativa
34.4 Día Mes Año

Art. 118
Fracc. I
LETAIP

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

760



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 31 DE MARZO DE 2018	
LIBRO 02	ACTA No. 00317	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINAÑO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: 27 DE OCTUBRE DE 1958 EDAD: 57 NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE INTEGRAL 1, CARPETA DE INVESTIGACION: 1206010400403290316, OFICIO NUM.: 377, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 30 DE MARZO DE 2018.

[REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



GUERRERO
MEXICO



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

761

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL DE SU LOCALIDAD. CON LA DEPENDENCIA DEL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN. LA 3ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN. ESTOS COPIAS SE CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



160276612

1 NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
DEL FALLECIDO		[REDACTED]	
DE LA DEFUNCIÓN		[REDACTED]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		[REDACTED]	
DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	[REDACTED]	
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
	Núm. _____, Libro Núm. _____	34.1 Localidad _____	
	33.1 Acta Núm. _____	34.2 Municipio o delegación _____	
		34.3 Entidad federativa _____	
		34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

762



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]
OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (30) TREINTA DIA(S) DEL MES DE MARZO DEL DOS MIL DIECISEIS

MISMA CIUDAD.

Fecha del deceso: 29 DE MARZO DEL 2016.

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: PANTEON MUNICIPAL DE ESTA MISMA CIUDAD

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

Atentamente

[REDACTED]

Ministerio Público de INTEGRAL 1
del Distrito Judicial de HIDALGO.

[REDACTED]

38V613V2016L3370290N2016
H. COLEGIO MILITAR (P. IVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

763



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 1206010400403290316

OFICIO NÚM.: 3727

ASUNTO: INFORME A REGISTRO
CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (30) TREINTA DIA(S) DEL MES DE MARZO DEL
DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo
MASCULINO. que en vida respondió al nombre de [REDACTED], de quien
informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad [REDACTED]

Ocupación [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

38V613V2016L3370290N2016
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
PUGAR80502HGRNLL00

764



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 31 DE MARZO DE 2018	LOCALIDAD (IGUALA)
LIBRO 02	ACTA No. 00314	ENTIDAD FEDERATIVA QUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] NA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

TESTIGO / DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED]

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



QUERRERO
SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



765

EGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA () AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

Nombre(s) [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

2. ¿Existió alguno, que produjo la causa consignada arriba, en el último lugar, la causa básica?

a) Sí No

b) Sí No

c) Sí No

d) Sí No

Debido a (o como consecuencia de)

Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 4

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora 3

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad

[REDACTED]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad _____

34.2 Municipio o delegación _____

34.3 Entidad federativa _____

34.4 Día _____ Mes _____ Año _____



160278070

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

766

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

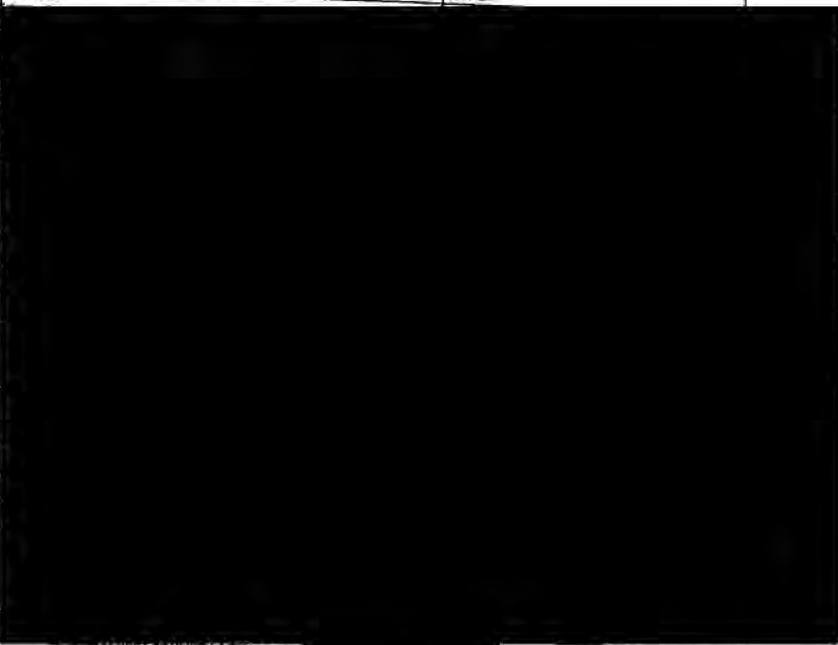
ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DEPOSIACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO	ACTA No.	
02	00312	

45892



NO. DE CEDULA PROFESIONAL

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

EDAD:

DOMICILIO:

PARENTESCO:

OCCUPACION:

TESTIGOS

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS



SE LEO DE LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES COMO COMPRENDO LA RATIFICO Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANDOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



INTERESADO

33 1 Acta Num.

34 2 Municipio

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2018
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

767

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRAMITAMIENTO ES TAN PÚBLICA COMO CORRIERE A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo- paro cardíaco, asfísia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="checkbox"/> [Redacted] b) <input type="checkbox"/> [Redacted] c) <input type="checkbox"/> [Redacted] d) <input type="checkbox"/> [Redacted]	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
	22.1 Especifica si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 El puerperio <input type="checkbox"/> 3	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
DEL CERTIFICANTE	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Cuál parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?
	23.1 Fue un presunto: Acidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 4	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (saló, ofanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
	Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____		34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

160265043



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

768



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO
OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR
QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL,
SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE
CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN



DATOS DEL FINADO

NOMBRE:

NOMBRE(S)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO



DATOS DEL EMPLAZAMIENTO



DATOS DEL COMPARECIENTE



SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO,
EN IGUALA GUERRERO, A LAS 14 HORAS DEL MES DE MARZO DEL 2016, DOY FE.

COTEJO MS

NOMBRE Y FIRMA

CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICINA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

769

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO ESTÁ PROTEGIDA CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE. ... MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidental 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Área deportiva 3
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4
Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5
Área industrial (taller, fábrica u obra) 6
Granje (rancho o parcela) 7
Otro 8
Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, indique el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Módulo 2018
FOLIO

770

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL
REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO
FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVA
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1 (43 días a 11 meses después del parto o aborto) 2 (No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte) 3 (El parto) 4 (El puerperio) 5
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un presunto:
Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 4
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 3
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc) 1 Escuela u oficina pública 2
Área deportiva 3 Calle o carretera (via pública) 4 Área comercial o de servicios 5
Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, indique el domicilio donde ocurrió la lesión
23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____ Libro Num. _____
Art 110
33.1 Acta N.º _____
Fracc. V, VII

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad _____
34.2 Municipio o delegación _____
34.3 Entidad federativa _____
34.4 Día _____ Mes _____ Año _____
Art 113

LA DEFUNCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Motivación 1 Motivación 2

160265194



REGISTRO CIVIL

4 2 1 7 4 1 9 5



CDMX

CIUDAD DE MEXICO

1532930

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	ANO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
9	6	14	8236	2016	DE	31-03-2016

Nombre [REDACTED] Edad 5 [REDACTED] Genero [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento [REDACTED] Ocupación [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED] Nacionalidad [REDACTED]
 Estado Civil [REDACTED]
 Nombre del Padre [REDACTED]
 Nombre de la Madre [REDACTED]

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. [REDACTED]
 En el [REDACTED]
 Ubicado en [REDACTED]
 Fecha de la Defunción [REDACTED] Hora Defunción [REDACTED]
 Lugar de la Defunción FELIX GUAYAS 340 DEL VALLE DE GUAYAS GUERRERO
 Causa(s) de la Muerte [REDACTED]
 Médico que Certifica [REDACTED] Cédula Profesional [REDACTED]
 Domicilio del Médico [REDACTED]

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED]
 Parentesco con el Finado [REDACTED]
 Nacionalidad [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]

ANOTACIONES:
 EL LUGAR DE LA INHUMACION SERA EN EL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA GUERRERO CALZADA DEL PANTEON S N. IGUALA ESTADO DE GUERRERO.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

[Handwritten Signature]



Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 14º

NOMBRE DEL JUEZ [REDACTED] JUZGADO 14º

ESTA ACTA No: [REDACTED] No: [REDACTED]

FEDERAL A LOS 31 DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2016

C. [REDACTED]

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

277

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]		
DE LA DEFUNCIÓN	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]		
DEL CERTIFICANTE	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
MACL720225MGRZVR08

773



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 05 DE ABRIL DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00336	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

508979

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]
 DONDE FALLE: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

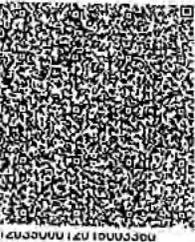
TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES QUISIERON Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO BERNANDEZ



ACTA DE DEFUNCION NO. 773 GUERRERO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

211

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

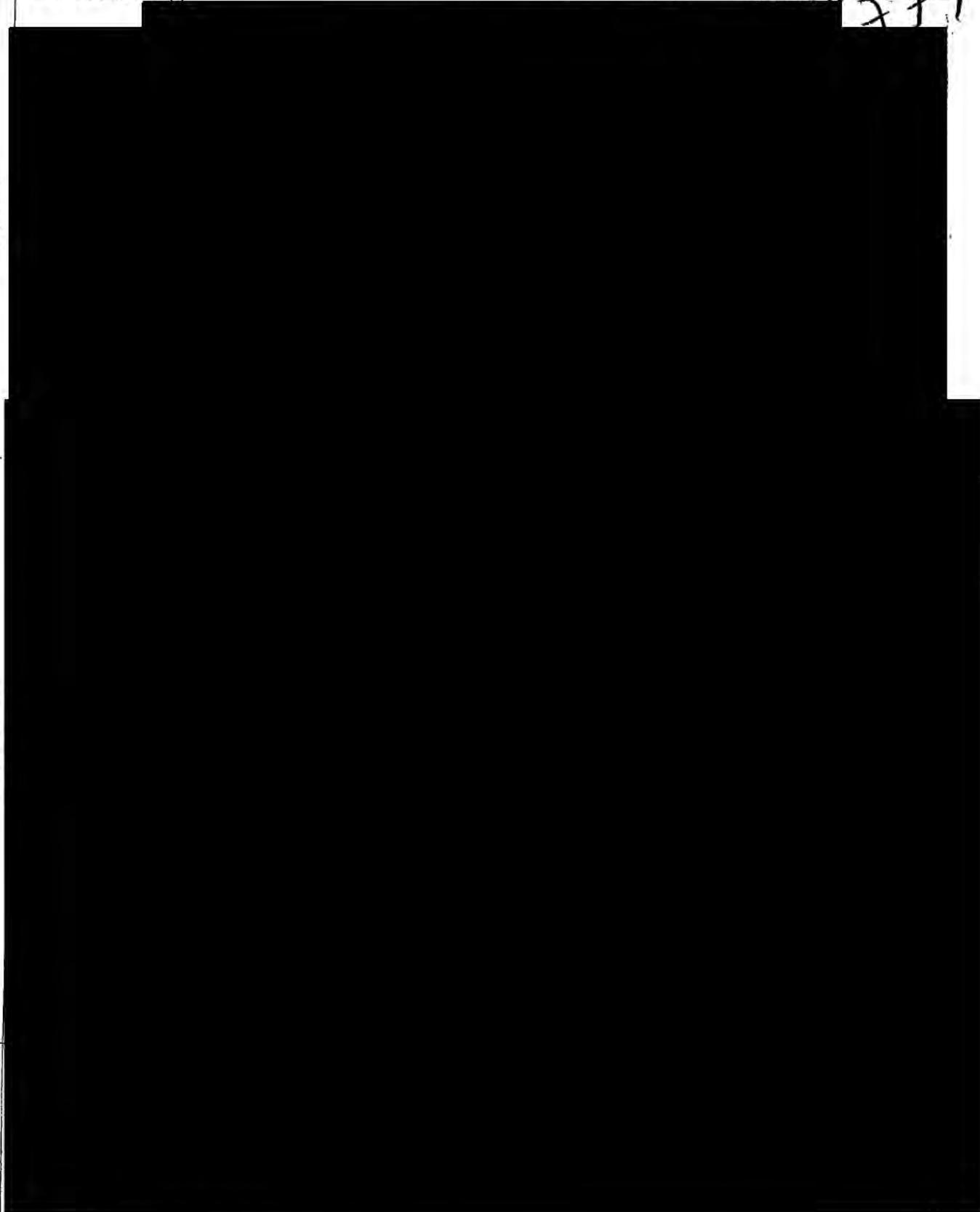
MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VICENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



23.7.1 Calle y número. 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

EL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

160479667

775

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

20. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

45 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas asociadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si 1 No 2

22.3 ¿Se presentaron complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio?

Si 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. ¿FUE LA MUERTE POR CAUSAS ACCIDENTALES O VIOLENTAS?

23.1 Fin del presunto

Accidente 1 Homicidio 2

Suicidio 3 Se ignora 6

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si 1 No 2

Se ignora 9

23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?

Vivienda particular 0

Vivienda colectiva (edificio, apartamento, etc.) 1

Plaza o oficina pública 2

Área deportiva 3

Calle o carretera (de pública) 4

Área comercial o de servicios 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (finca o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número.

23.6 Describa brevemente la lesión, el mecanismo o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, ante el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio y departamento

DEL INE

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.

Fracc. V, VII

LETAIP

Loro Min

ESTADÍSTICA Y REGISTRO

24.1 Localidad

Fracc. I

LETAIP

Motivación 1

Motivación 2

160479667

160479667

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 11 DE ABRIL DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00353	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

508996

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

777
777

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NA [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NÓ. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTE REQUISITOS.

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO, Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO-HERNANDEZ

FIRMA

EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRG
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-0010

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

100172000

778

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

2. CURP _____ 3. SEXO: Hombre 99 Mujer 02 Se ignora 91 4. NACIONALIDAD: Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI 01 Se ignora 09 6. PESO _____ 7. TALLA _____ 8. FECHA DE NACIMIENTO: _____

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: _____ Minutos _____ Para menores de un día: _____ Horas _____ Para menores de un mes: _____ Días _____ Para menores de un año: _____ Meses _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ignora 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____ 10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Vido(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
 _____ y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____
 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa (si reside en el extranjero) _____

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte como: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
 a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo

22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:
 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01 No 02 Se ignora 09

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02
 Área deportiva 03 Calle o carretera (vía pública) 04 Área comercial o de servicios 05

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granja (rancho o parcela) 07 Otro 08 Se ignora 09

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:
 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____
 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____

DEL INF.

24. NOMBRE _____ 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____

DEL CERTIFICANTE

26. Méd. trat. _____
 28. _____

DEL REG. CIVIL

30. DOMICILIO _____ 32. FECHA DE CERTIFICACION: _____
 Día _____ Mes _____ Año _____

33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____ 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION DE DEFUNCION FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

779



509000

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 12 DE ABRIL DE 2016
LIBRO 02	ACTA No. 00357
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL:
IGUALA (LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO N.º: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON CEMENTERIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE ATENDIO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: HEROICA CIUDAD DE GUERRERO [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



ACTA DE DEFUNCION
FOLIO 119
LFTAIP

INTERESADO

Motivación 2

780

EL QUE EL DENUNCIANTE, LA COPRO (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA EFECTOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION, DEBE SER EL QUE IDENTIFIQUE LA CAUSA DE LA MUERTE, ASÍ COMO EL TIPO DE DEFUNCION, SI ES NATURAL O VIOLENTA, Y SI ES VIOLENTA, SI FUE ACCIDENTAL O INTENCIONAL. EL QUE EL DENUNCIANTE, LA COPRO (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA EFECTOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION, DEBE SER EL QUE IDENTIFIQUE LA CAUSA DE LA MUERTE, ASÍ COMO EL TIPO DE DEFUNCION, SI ES NATURAL O VIOLENTA, Y SI ES VIOLENTA, SI FUE ACCIDENTAL O INTENCIONAL.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglon. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfexia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de)

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION
Código CIE

22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 A 64 AÑOS

22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante:
El embarazo _1_ El parto _2_ El puerperio _3_
43 días a 11 meses después del parto o aborto _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte _5_

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
Sí _1_ No _2_

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
Sí _1_ No _2_

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
Accidente _1_ Homicidio _2_ Suicidio _3_ Se ignora _4_

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Sí _1_ No _2_ Se ignora _3_

23.3 ¿Situación donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular _0_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) _1_ Escuela u institución pública _2_ Área deportiva _3_ Calle o carretera (vía pública) _4_ Área comercial de servicios _5_ Área industrial (taller, fábrica u obra) _6_ Granja (rancho o parcela) _7_ Otro _8_ Se ignora _9_

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Si fue en un caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____

23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____

781

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

	FECHA DE REGISTRO 15 DE ABRIL DE 2018	
LOCALIDAD IGUALA	ACTA No. 00368	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR DE DEFUNCION: [REDACTED]

DESTINO DE LA DEFUNCION: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECE: [REDACTED]

CAUSAS DE DEFUNCION: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL DEFUNTO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

TESTIGO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANDLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED]


OFICIAL EN JEFE
M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA No. 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018-2019

GUERRERO
NO
REFUNCIÓN

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

100200001

782

NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **JESUS** **DASTOS** **Castaño**
 Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

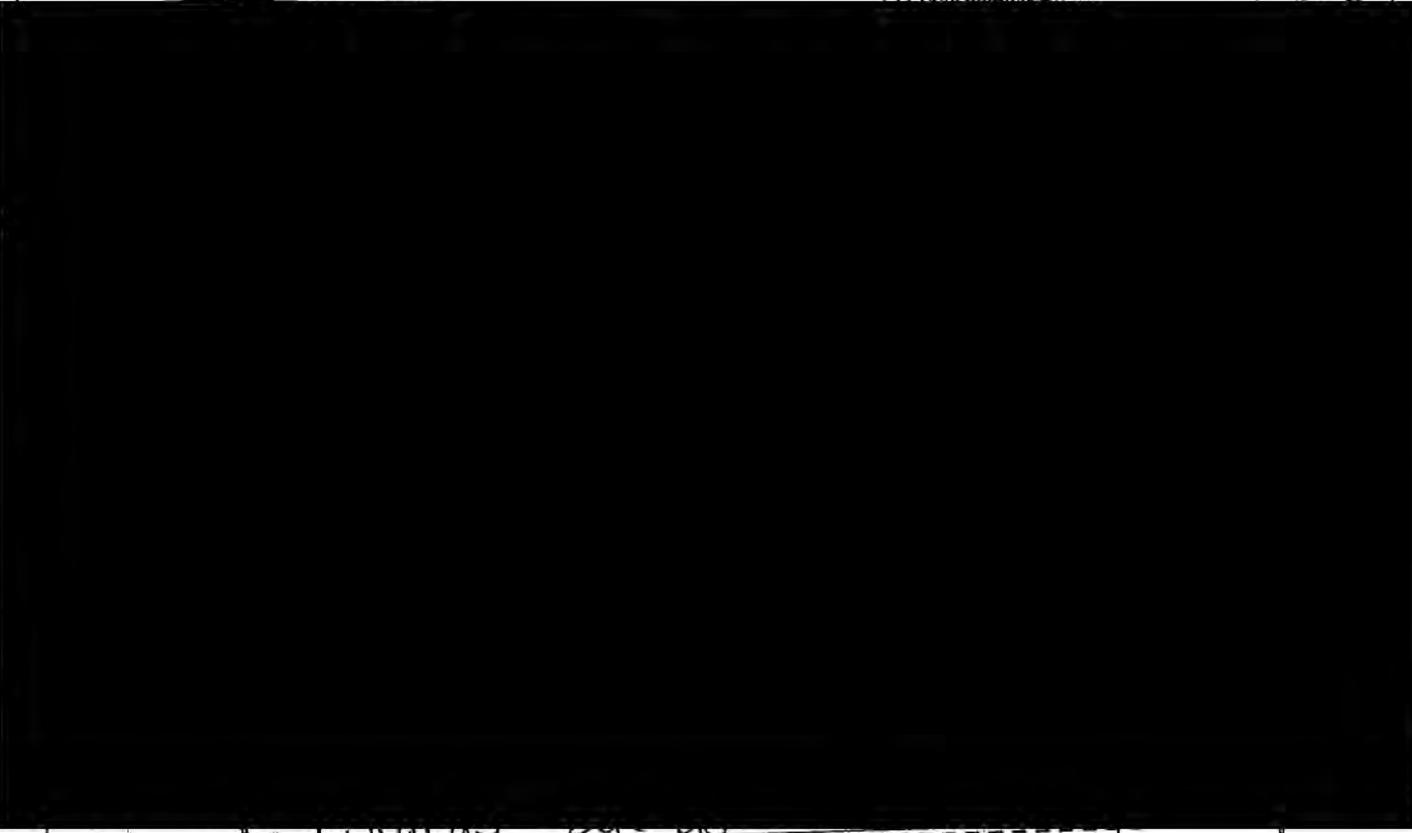
2. CURP Se ignora 99

7. TALLA 8. FECHA DE NACIMIENTO

11.4 Municipio o delegación **Iguaza** 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

13. OCUPACIÓN HABITUAL

NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE DEFUNCIÓN



PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4
 El parto 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
 El puerperio 3

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 23.1 Fue un presunto
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el momento de su trabajo?
 SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión
 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad
 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DEL JUZGADO **Atotonilco de Tula**

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 34.1 Localidad

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1 Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

783



OFICIALIA: 01
FECHA DE REGISTRO: 19 DE ABRIL DE 2016
LIBRO: 02
ACTA No.: 00380

LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: QUERRENO
FINADO

526173

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 31
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



CIERRE DEL REGISTRO CIVIL
MUNICIPIO DE IGUALA QUERRENO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

704

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
33.1 Acta Núm. _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad _____
34.2 Municipio o delegación _____
34.3 Entidad federativa _____
34.4 Día Mes Año _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



785

526170

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 18 DE ABRIL DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 02	ACTA No. 00377	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: CUA [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROF: [REDACTED]

DOMICILIO: CALLE [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

GUERRERO

MANOLO

MANOLO

MANOLO

MANOLO

MANOLO

MANOLO

MANOLO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

786

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

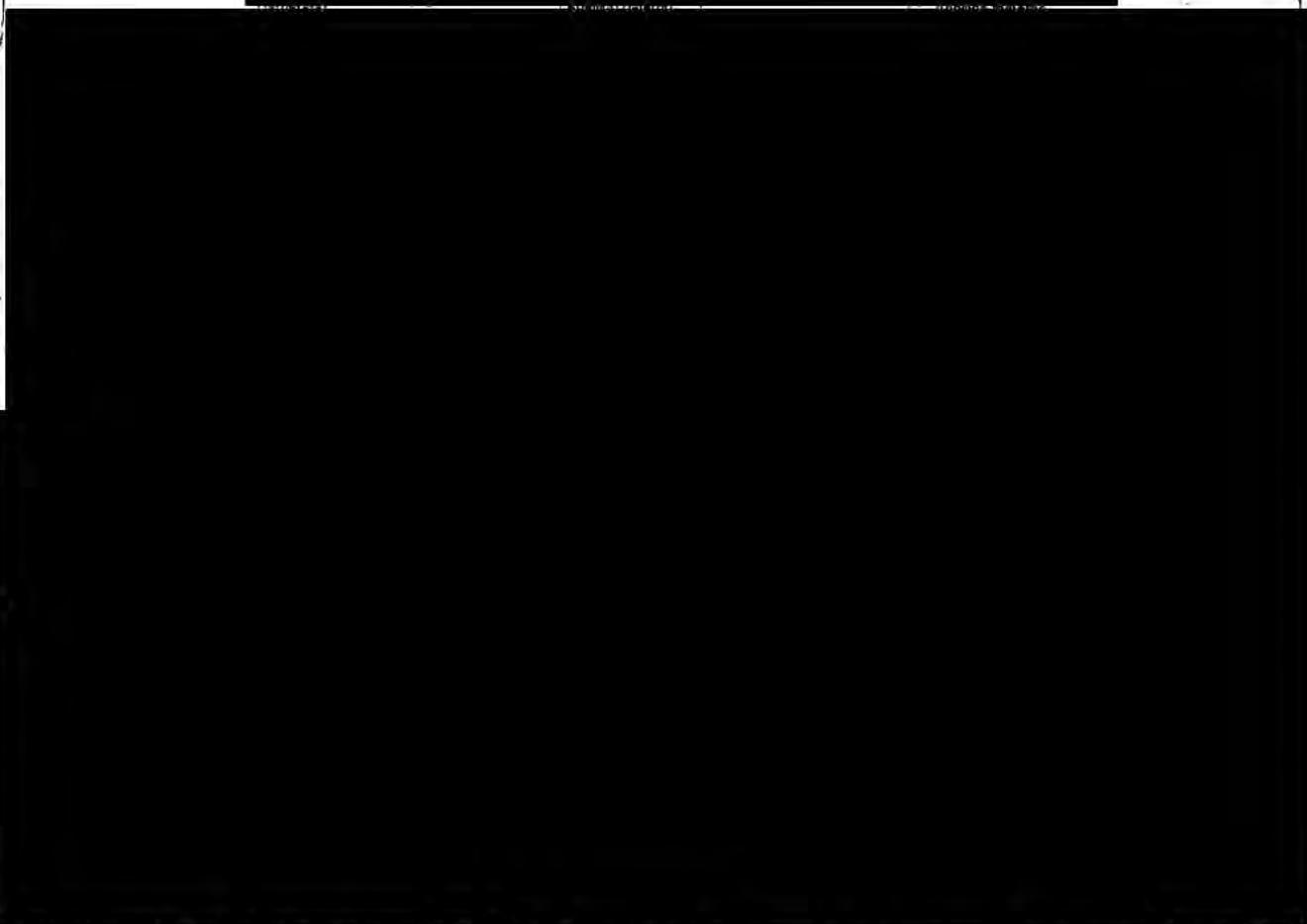
DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

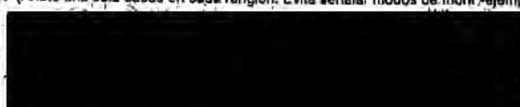
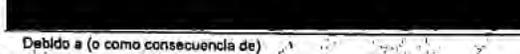
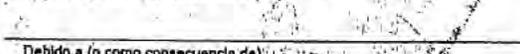
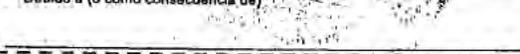
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) EGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO
 ENTRE DE DEF IÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSER EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) 	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de) 		
c) Debido a (o como consecuencia de) 		
d) 		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (apdo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5
 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____
 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____



33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
 Núm. _____ Libro Núm. _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad _____
 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____
 Art. 110 Fracc. V, VII

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)



2. CURP

Apellido paterno

Apellido materno

3. SEXO

4. NACIONALIDAD

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL
INF.

DEL CERTIFICANTE

L. REG.
CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA
OFICINA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

LFTAIP

Motivación 2

Motivación 1

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁ 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

138

...CIÓN. SI EL CERTIFICADO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN

789

CIUDAD	FECHA DE REGISTRO	
GUERRERO	15 DE ABRIL DE 2016	
ACTA No.	LOCALIDAD	
00365	IGUALA	
MUNICIPIO	ESTADO FEDERAL	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO	
NOMBRE	[REDACTED]	
FECHA DE NACIMIENTO	[REDACTED]	
LUGAR DE NACIMIENTO	[REDACTED]	
DOMICILIO HABITUAL	[REDACTED]	
IGUALA	[REDACTED]	
(LOCALIDAD)	[REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE	[REDACTED]	
NOMBRE DEL PADRE	[REDACTED]	
NOMBRE DE LA MADRE	[REDACTED]	
FECHA DE DEFUNCIÓN	[REDACTED]	
LUGAR	[REDACTED]	
DESTINO	[REDACTED]	
UBICACIÓN	[REDACTED]	
DONDE FUE ENCONTRADO	[REDACTED]	
CAUSAS DE DEFUNCIÓN	[REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCIÓN	[REDACTED]	
NOVENA	[REDACTED]	
DEFUNCIÓN	[REDACTED]	
HOMBRE	[REDACTED]	
NACIONALIDAD	[REDACTED]	
DOMICILIO	[REDACTED]	
NOMBRE: JOSE	[REDACTED]	
NACIONALIDAD	[REDACTED]	
DOMICILIO: BA	[REDACTED]	
NOMBRE: HE	[REDACTED]	
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	
DOMICILIO: BA	[REDACTED]	
LA PRESENTE ACTA	[REDACTED]	
PRESENTO REQUISITOS.	[REDACTED]	

GUERRERO

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORME CON SU CONTENIDO LA RAZÓN DE LA DEFUNCIÓN FUE INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIEREN NO IMPEDIR SU ACUSA...

SECRETARIO DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAIBRANO HERNANDEZ



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MODELO 2/16
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL I
E EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto
 Accidental 1 Homicidio 2
 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI 1 No 2
 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8
		Se ignora <input type="radio"/> 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.5 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

ACCIDENTALES
O VIOLENTAS

EL REG.
CIVIL

Núm. _____, Libro Núm. _____

34.1 Localidad _____

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

792



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 15 DE ABRIL DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00364	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
		FINADO

526157

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NAC: [REDACTED]

LUGAR DE NAC: [REDACTED]

DOMICILIO HA: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE SE OYÓ EL GEMIDO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A [REDACTED]

B [REDACTED]

C [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE INTEGRAL 2, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060019100493140416.

OFICIO NOM.: 4440, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 14 DE ABRIL DE 2016.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Marzo 2018
FOLIO

180276630

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE INSCRIBAN EN LA DEFUNCIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXCEDIENDO POR LOS SEMEJOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA EL ARCHIVO DEL REGISTRO CIVIL.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

180276630

DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	[REDACTED]
31. LA DEFUNCIÓN OFICIAL O JUZGADO Num. 1 Libro Num. 33. Acta Num.	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
32. REGISTRO Y FECHA DE REGISTRO 34. Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160272

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4
 El parto 2
 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
 El puerperio 3

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto
 Accidente 1 Homicidio 2
 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1
 Escuela u oficina pública 2

Área deportiva 3
 Calle o camolera (vía pública) 4
 Área comercial o de servicios 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6
 Granja (rancho o parcela) 7
 Otro 8
 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido/a?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número _____

23.7.2 Colonia _____

23.7.3 Localidad _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INE

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Núm. _____ Libro Núm. _____

34.1 Acta Núm. _____

34.1 Localidad _____

34.2 Municipio o delegación _____

34.3 Entidad federativa _____

34.4 Día _____

34.5 Mes _____

34.6 Año _____

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 413 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

794



526174



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 19 DE ABRIL DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00381	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: MARIA FRANCISCA CECILIA		SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
NOMBRE(S)		(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
	AÑOS MESES DIAS HORAS	MEXICO
LUGAR DE NACIMIENTO:		
DOMICILIO HABITUAL:		
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	
LUGAR:	CERTIFICADO N	
DESTINO DEL CADAVER:	INFORMACION DEL CREMATORIO	
UBICACION:	PRIMEROS SERVICIOS	ORDEN NO.:
EN DONDE FALLECIO		
CAUSAS DE LA MUERTE		
TIPO DE DEFUNCION		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCCUPACION:	

GUERRERO
REGISTRO CIVIL
OFICIALIA NO. 01

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[Redacted signature area]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



[Redacted signature area]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

795



526187

OFICIALIA 02	FECHA DE REGISTRO 22 DE ABRIL DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 06394	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DE [REDACTED] ORDIO: [REDACTED]

UBICACION [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FAL [REDACTED]

CAUSAS DE [REDACTED]

TIPO DE DE [REDACTED]

NOMBRE DE [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED SIGNATURES]

SE HIZO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



Gobierno
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE INTERIORES
REGISTRO CIVIL

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

796

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglon. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfonia, etc.) Intervalo aproximado: SI No Se ignora

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

c)

d)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Código CIE

22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo _1 El parto _2 El puerperio _3
43 días a 11 meses después del parto o aborto _4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte _5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI _1 No _2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI _1 No _2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
Acidente _1 Homicidio _2 Suicidio _3 Se ignora _9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI _1 No _2 Se ignora _9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular _0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) _1 Escuela u oficina pública _2
Área deportiva _3 Calle o carretera (vía pública) _4 Área comercial o de servicios _5
Área industrial (taller, fábrica u obra) _6 Granja (rancho o parcela) _7 Otro _8 Se ignora _9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. Libro Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federaliva

34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

USE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION. SI EL CERTIFICADO FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS

ENTRE DEL



160278093

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

797



504909

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
IGUALA	26 DE ABRIL DE 2016	IGUALA
MUNICIPIO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	00410	GUERRERO
FINADO		

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NAC: [REDACTED]
 LUGAR DE NAC: [REDACTED]
 DOMICILIO HAB: [REDACTED]
 NOMBRE DEL C: [REDACTED]
 NOMBRE DEL P: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: ISSSTE [REDACTED]
 DESTINO DEL CADA: [REDACTED]
 UBICACION: PRIM [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUE: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDIC: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PRO: [REDACTED]
 DOMICILIO: AV. L [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

RECIBIDO
10/05/2016

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED]



ATA
Fracc. VII
LFTAIIP

INTERESADO

LFTAIIP

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

EQUIPO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) De _____

b) De _____

c) De _____

d) De _____

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____

Código CIE _____

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE _____

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 4

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 2 Se ignora 3

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7
 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión:

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número: _____

23.7.2 Colonia: _____



EL ORIGINAL DE ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEBE REMITIRSE SEMANALMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MEXICO, EN UN PLAZO MÁXIMO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE EMITIRSE. EL ORIGINAL DEBE REMITIRSE SEMANALMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MEXICO, EN UN PLAZO MÁXIMO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE EMITIRSE.

DEL REG. CIVIL

Núm. _____, Libro Núm. _____

33.1 Acta Núm. _____

34.1 Localidad _____

34.2 Municipio o delegación _____

34.3 Entidad federativa _____

34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

Art. 110. EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MEXICO, EN UN PLAZO MÁXIMO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE EMITIRSE.

Motivación 1 _____ Motivación 2 _____

Padre

799

GRUPO REGISTRAL DE DEFUNCIÓN GUERRERO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 29 DE ABRIL DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 03	ACTA No. 00406	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		PMADO

526199

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGUE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DE: [REDACTED]

UBICACIÓN: [REDACTED]

DONDE FALLECIÓ: [REDACTED]

CAUSAS DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ: [REDACTED]

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE:

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA SE LEYÓ EN VOZ ALTA Y SE LEYÓ CORRECTAMENTE.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MAMURO ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO GUERRERO	FECHA DE REGISTRO 27 DE ABRIL DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00412	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: CI [REDACTED]
 IGUALA (LOCALIDAD)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVE: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: CIRCUITO PRINCIPAL

CAUSAS DE L [REDACTED]
 TIPO DE DEFU [REDACTED]
 NOMBRE DEL [REDACTED]
 NO. DE CEDU [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALID [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICILIO [REDACTED]
 LA PRESEN [REDACTED]
 P [REDACTED]

[REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANDLO ZAMBRANO HERNANDEZ

AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 DE LA INDEPENDENCIA, G.
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR, LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Año de 2016
FOLIO

160272709

802

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA FOTOCOPIA Y LA 2ª COPIA (A 70%) AL TITULAR DEL REGISTRO CIVIL Y LOS REGISTROS EN EL SECTOR PÚBLICO DEL REGISTRO CIVIL Y LOS REGISTROS EN EL SECTOR PRIVADO DEL REGISTRO CIVIL. ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (30%) PARA SUS FINESES LEGALES.
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO		[REDACTED]	
DE LA DEFUNCIÓN		[REDACTED]	
22. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar con sus causas en cada sección. Evitar señalar modos de morir, al menos que sean patológicos, agónicos, etc.)		Intervalo aproximado	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa connotada arriba, mencionadas en último lugar la causa básica		[REDACTED]	
PARTE II Otros estados psicológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
MUELTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		[REDACTED]	
MEXTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO.		[REDACTED]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión.		[REDACTED]	
DEL CERTIFICANTE		[REDACTED]	
DEL REG. CIVIL		[REDACTED]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Num. _____ Libro Num. _____		34.1 Localidad _____	
33.1 Acta Num. _____		34.2 Municipio o delegación _____	
		34.3 Entidad federativa _____	
		34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

NOTACIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

803



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 02 DE MAYO DE 2016	
LIBRO 03	ACTA No. 00429	LOCALIDAD

04931

(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA DE DEFUNCION: _____

LUGAR: _____

DESTINO: _____

LUBICACION: _____

CONDICIONES DONDE: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTE REQUISITOS.

[Redacted area]

ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[Redacted area]



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

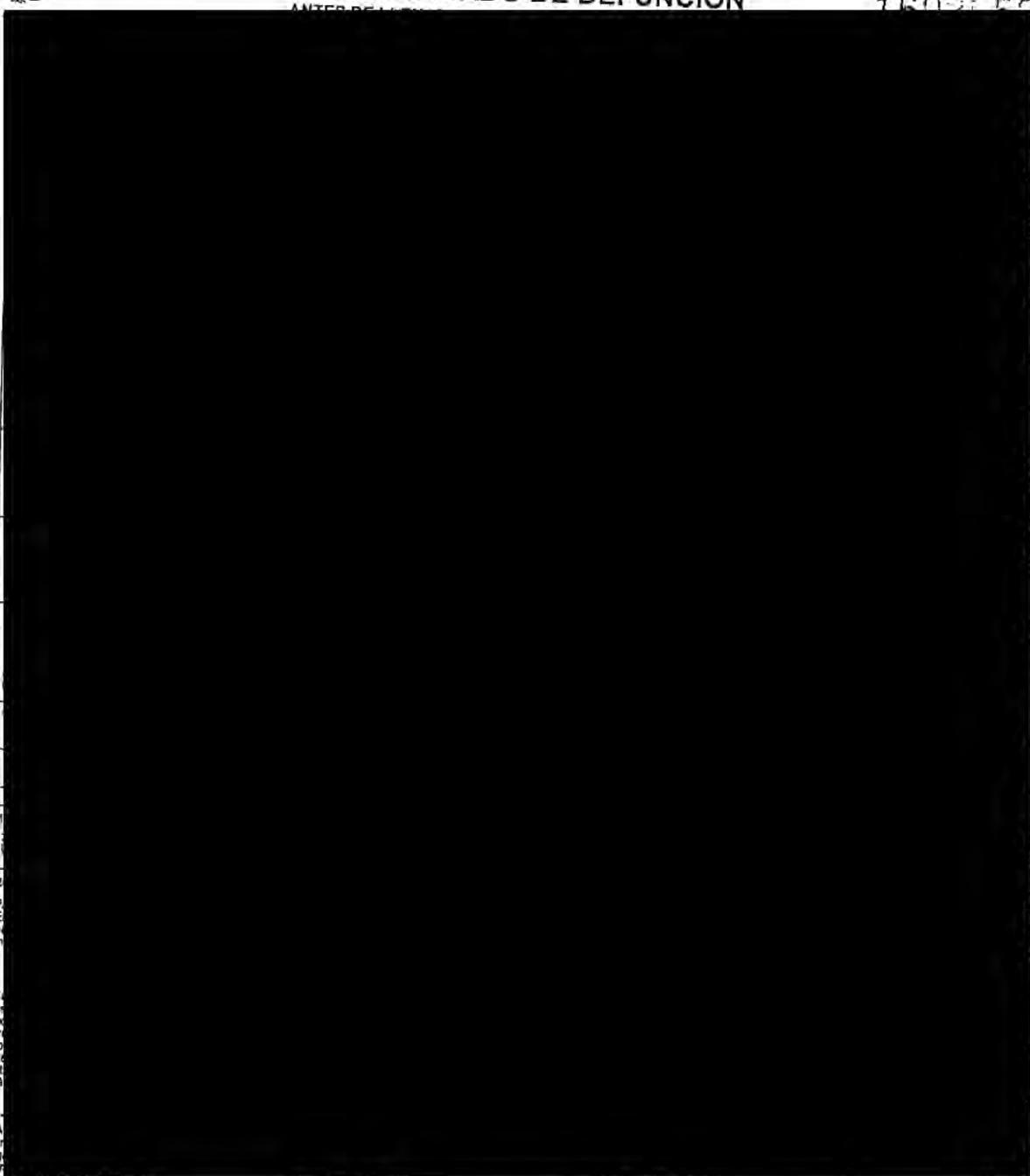
160315256

809

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN



con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
13 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto
Accidental 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7
Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5 Otro 8
Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

DEL LINE

DEL CERTIFICANTE

DEL REG CIVIL

Art.

Fracc. V, VII LFTAIP

LA UNIDAD MEDICA QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

805

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:



ACTA DE DEFUNCIÓN

OFICIALÍA	LIBRO	ACTA	CRIP	CURP	FECHA DE REGISTRO
001	003	00454			17/05/2016
LOCALIDAD		MUNICIPIO O DELEGACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA	
IGUALA		IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		GUERRERO	

NOMBRE: NARCISO GATICA SANTANA PARENTESCO: HIJO
 NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 54

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

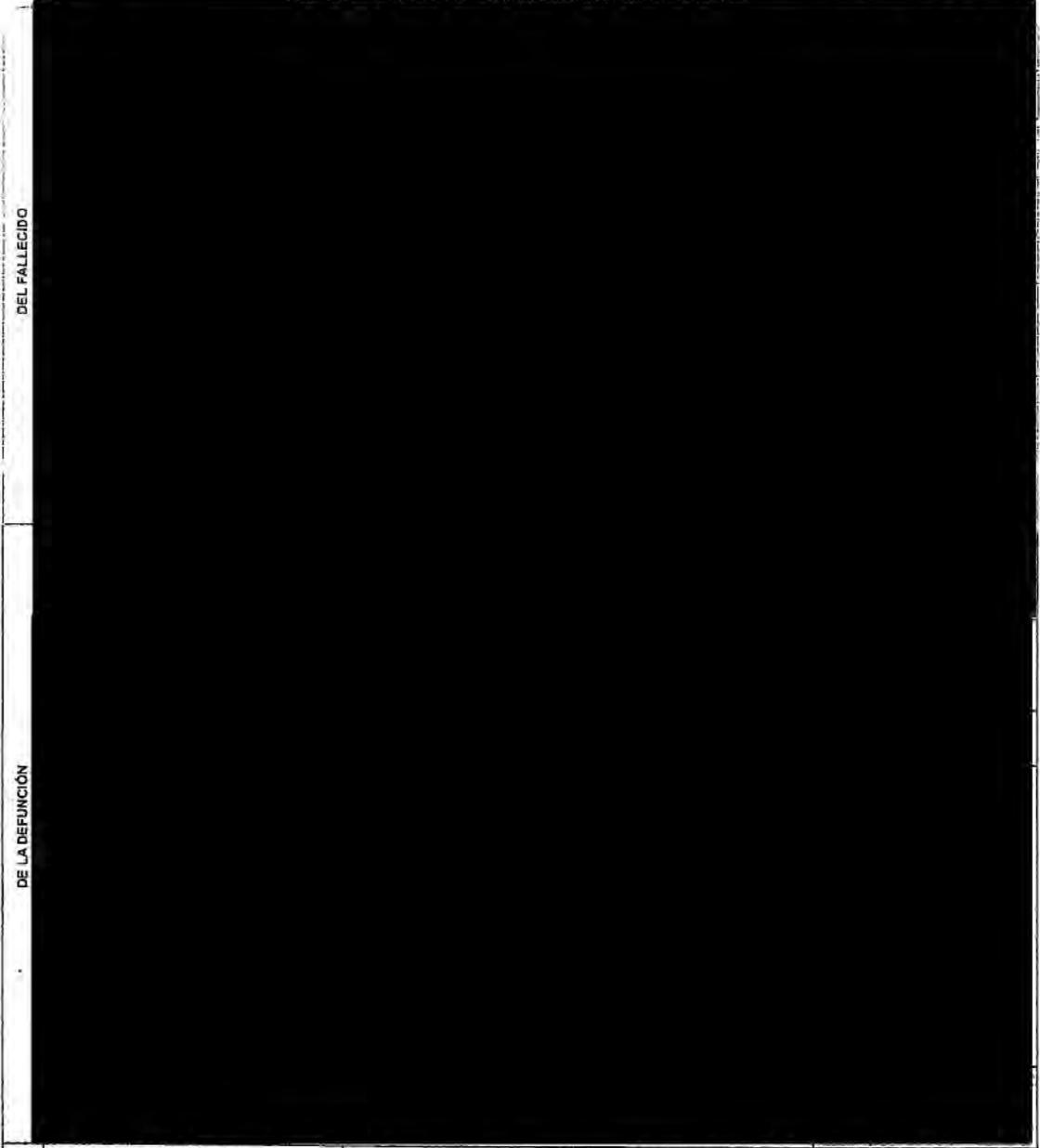
180273885

806

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN



23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto Accidente _1_ Homicidio _2_ Suicidio _3_ Se ignora _0_

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI _1_ No _2_ Se ignora _0_

23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular _0_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) _1_ Escuela u oficina pública _2_ Área deportiva _3_ Calle o carretera (vía pública) _4_ Área comercial o de servicios _5_ Área industrial (taller, fábrica u obra) _6_ Granja (rancho o parcela) _7_ Otro _8_ Se ignora _9_

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agraviado con el(a) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Mensajero Público con el acta número

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, ante el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF

DEL CERTIFICANTE

DEL REG CIVIL



ESTE CERTIFICADO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
03	16 DE MAYO DE 2016	
ACTA No.	LOCALIDAD	
00449	IGUALA	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO	

503186

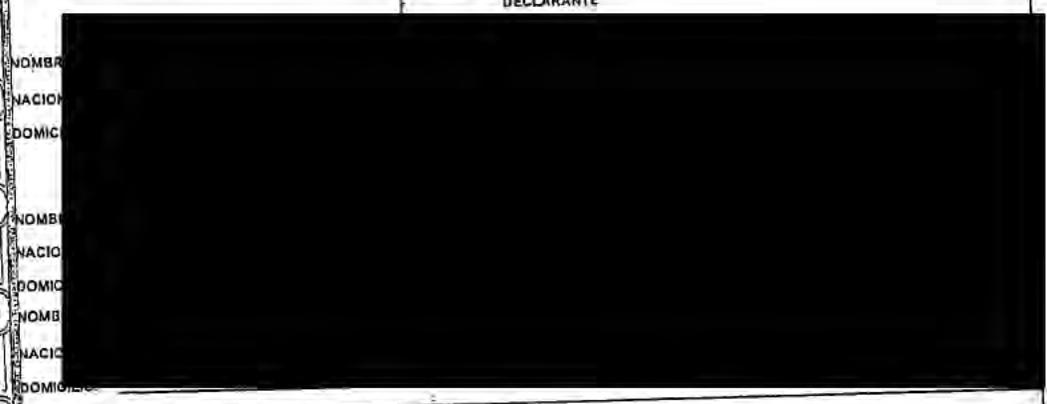


FALLECIMIENTO



DOMICILIO: SEMEPO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

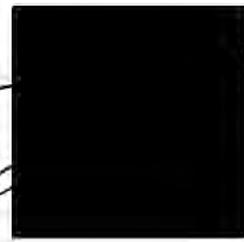


LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE INTEGRAL 1, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010300620070516.
OFICIO NUM.: 5565, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 7 DE MAYO DE 2016.



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



11

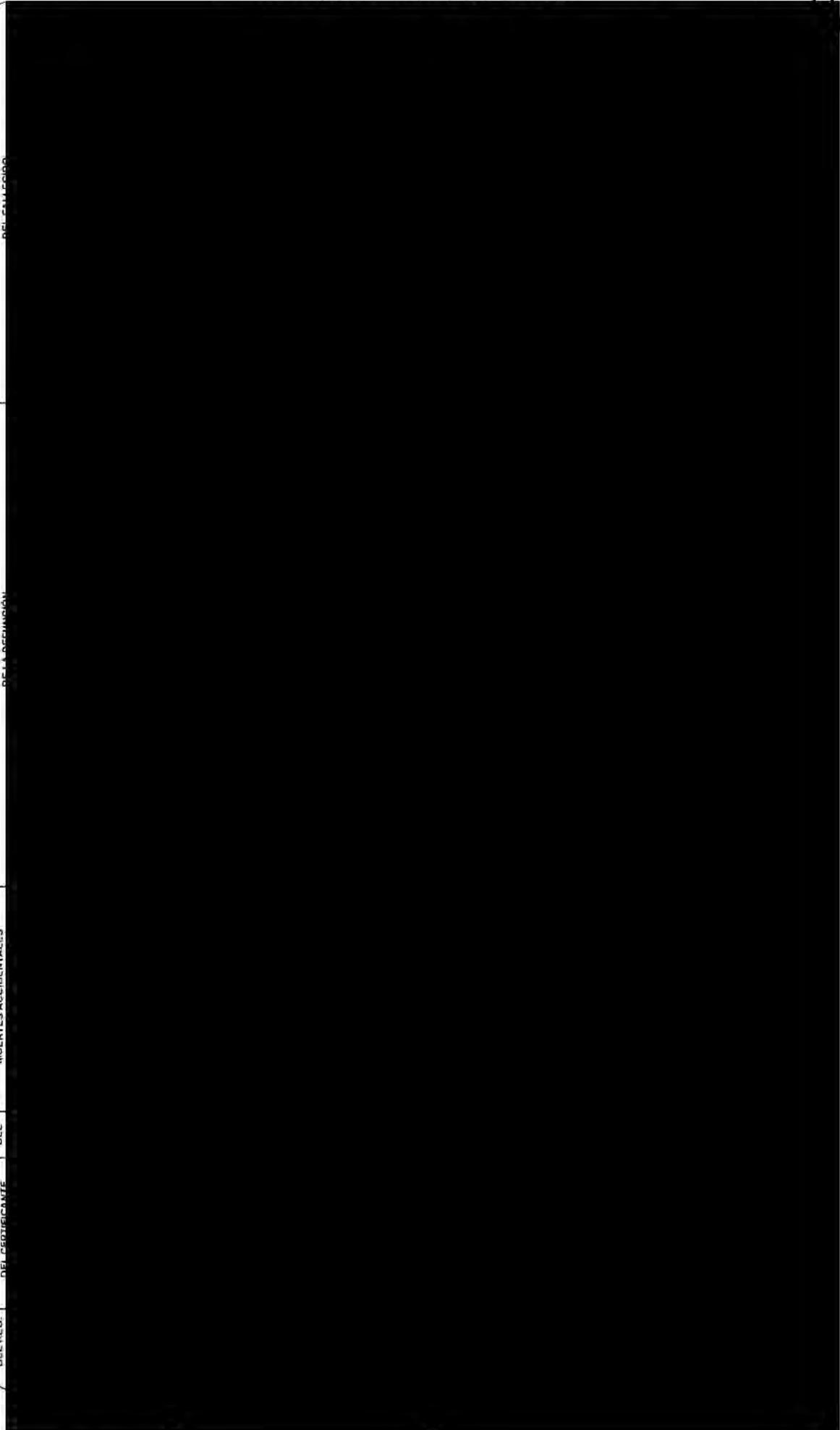
7



208

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL IMECI.
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL REG. DEL CERTIFICANTE DEL MUERTES ACCIDENTALES DE LA DEFUNCIÓN



809



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 12060010300620070516
OFICIO NÚM.: 5565

ASUNTO: INFORME A REGISTRO
CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (7) SIETE DIA(S) DEL MES DE MAYO DEL DOS
MIL DIECISEIS

C. H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo M [redacted] que en
vida respondió al nombre de [redacted] de quien informo lo siguiente

Nombre [redacted]

Edad: [redacted]

Ocupación:

Domicilio:

Padres: FE

Nacionalida

Estado Civi

Originario:

Instrucción

Lugar del d

Fecha del de

Causa de Mu

Médico que c

Lugar de inh



Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar

Atentamente

Ministerio Público de INTEGRAL 1



Fracc. V, VII
10

810

1ª clase

1307

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 17 DE MAYO DE 2018	
LIBRO 83	ACTA No. 80454	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

03218

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE: [REDACTED]

LUGAR DE: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO: [REDACTED]

UBICACIÓN: [REDACTED]

DONDE: [REDACTED]

CAUSAS: [REDACTED]

TIPO DE: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NO. DE C: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE: [REDACTED]

PRESENTO REQUISITOS.

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL,
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE INTERIO
REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
OFICIALIA No. 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

14 de mayo 2016
FOLIO

160272726

811

EXHIBIRSE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA CERTIFICAR EL ACTO DE DEFUNCIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA.
SE DEBE MENCIONAR PUE EXPEIDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSIDERARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA EL REGISTRO CIVIL AL REG.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCION

160272727

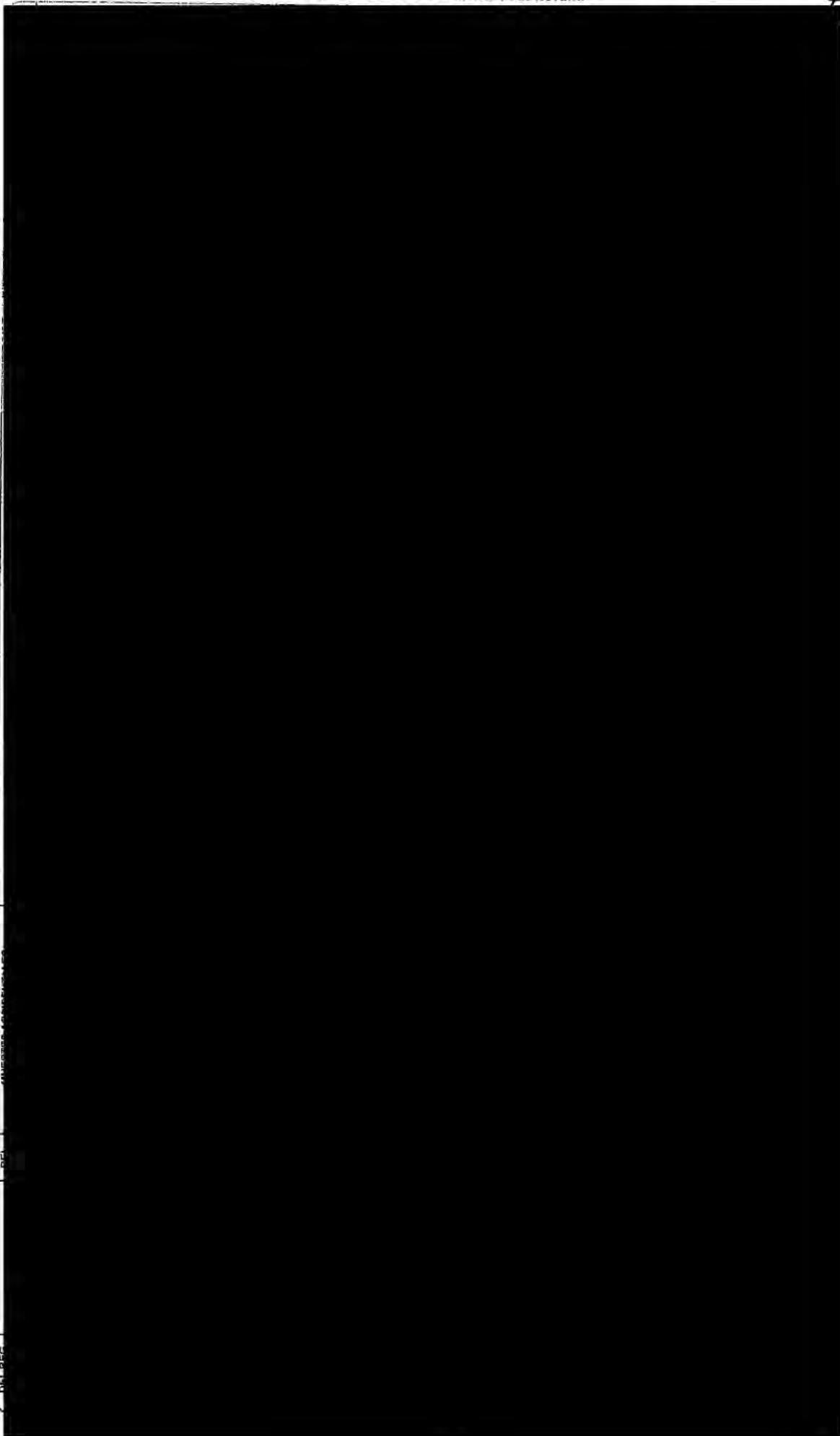
812

(ANTE EL SEPTIMO LEYAL LAS DISPOSICIONES EN EL REVERSO)

P. Leon

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE INSCRIBAN EN SU LIBRO DE DEFUNCIONES Y EL CERTIFICADO DE DEFUNCION FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEJES, ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA SU TRABAJO, PLAZA Y LA 2ª

LA INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO

FECHA DE REGISTRO
31 DE MAYO DE 2018

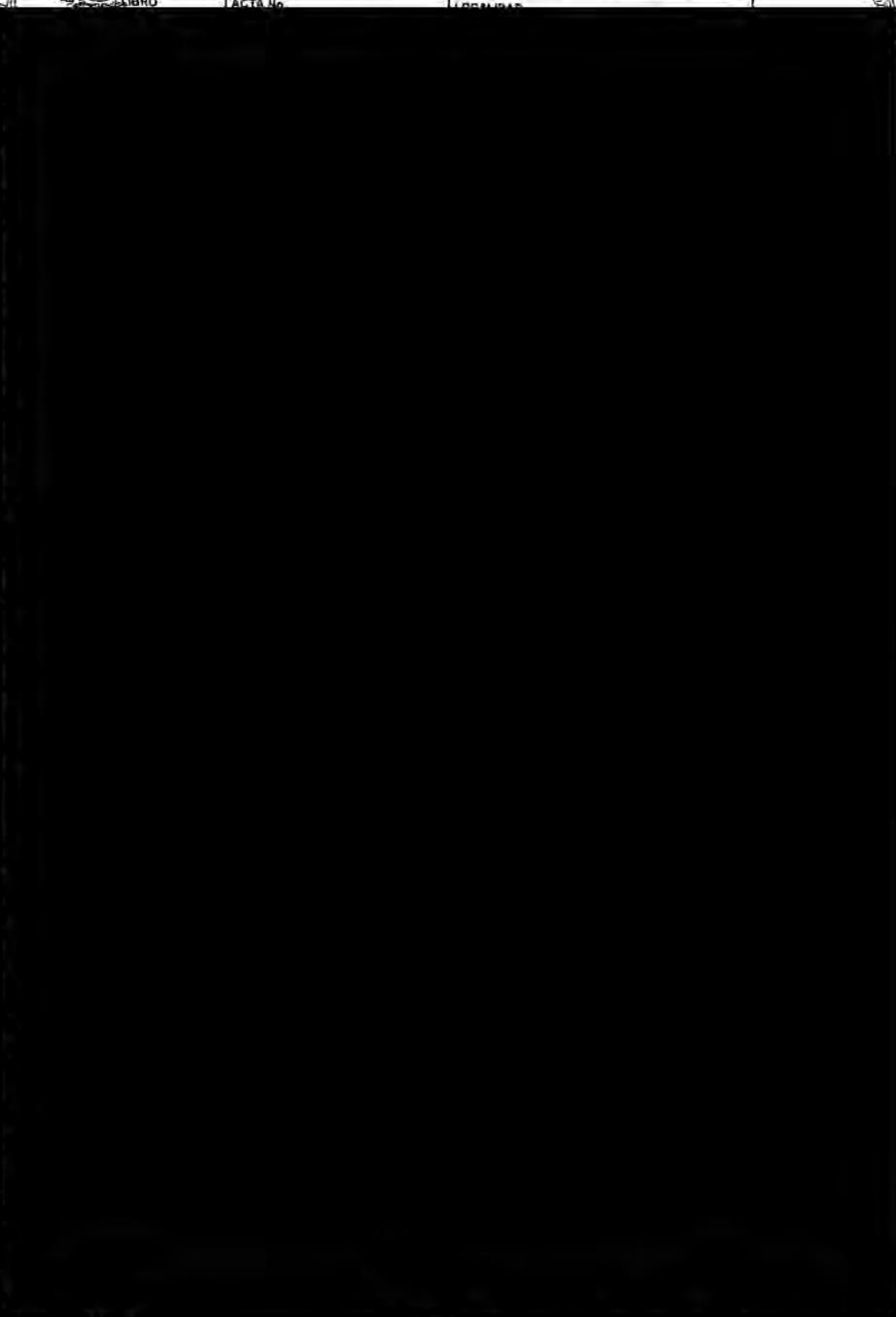
ACTA No.

REGISTRADO



813

13



DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE GOBIERNO
REGISTRO CIVIL
CALLE DE LA REVOLUCION 101
C.P. 61000
Tehuacan, Guerrero
TEL: (01) 761 211 1111
WWW.REGISTROCIUIL.GOB.MX

INTERESADO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENCIAS

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número

23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

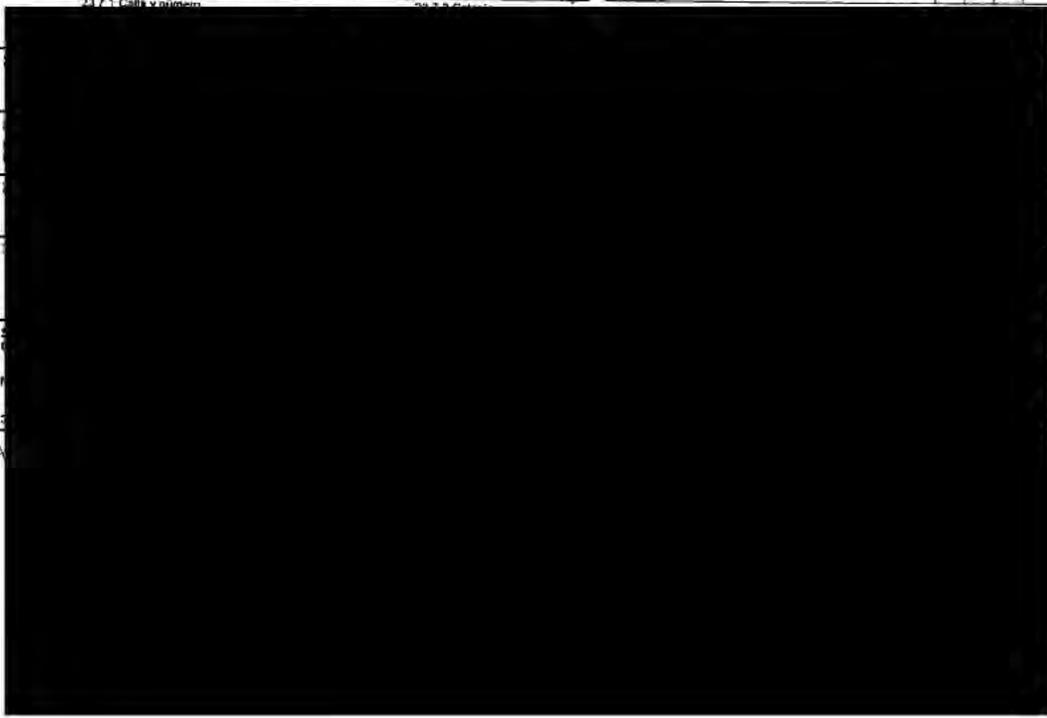
23.7.1 Calle y número



DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL INF



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

815



MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FECHA DE REGISTRO 06 DE JUNIO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
	ACTA No. 00552	ENTIDAD FEDERATIVA

5764

NOMBRE [REDACTED]
 FECHA D [REDACTED]
 LUGAR D [REDACTED]
 DOMICIL [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]

FECHA D [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DESTINO [REDACTED]
 UBICACION [REDACTED]
 DONDE F [REDACTED]
 CAUSAS [REDACTED]
 TIPO DE [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]
 NO. DE C [REDACTED]
 DOMICIL [REDACTED]

NOMBRE [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICIL [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICIL [REDACTED]
 NOMBRE [REDACTED]
 NACIONAL [REDACTED]
 DOMICIL [REDACTED]
 LA PRES [REDACTED]

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

MANOLO ZAMBRANO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED]



DEPARTAMENTO
INSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRU
CUALA DE LA INDEP
REGISTRO CIVIL
2015-2018



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

816

ENTR... EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 27 04 1945		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9		

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Causa básica de defunción, causas secundarias, causas de la lesión, etc.)
[Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input checked="" type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presuñto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]		
23.7 Sólo en caso de accidente, indique el domicilio donde ocurrió la lesión				
23.7.1 Calle y número [Redacted]		23.7.2 Colonia [Redacted]	23.7.3 Localidad [Redacted]	

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]	
35. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]		34.2 Municipio o delegación [Redacted]	
36.1 Acta Núm. [Redacted]		34.3 Entidad federativa [Redacted]	
Fracc. V VII LFTAI		34.4 Día Mes Año [Redacted]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

24

817

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
GUERRERO	24 DE MAYO DE 2018	IGUALA
MUNICIPIO	ACTA No.	ESTADO FEDERATVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	00477	GUERRERO

503274

NOM [REDACTED]

FECA [REDACTED]

LUG [REDACTED]

DOM [REDACTED]

NOM [REDACTED]

NOM [REDACTED]

NOM [REDACTED]

FECA [REDACTED]

LUG [REDACTED]

DES [REDACTED]

UBIC [REDACTED]

DOM [REDACTED]

CAL [REDACTED]

TIPO [REDACTED]

NOM [REDACTED]

NO. [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALID [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALID [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALID [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

2^o de se
428

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 81 DEL REGISTRO
LIC. MAMOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO.

160273888

818

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

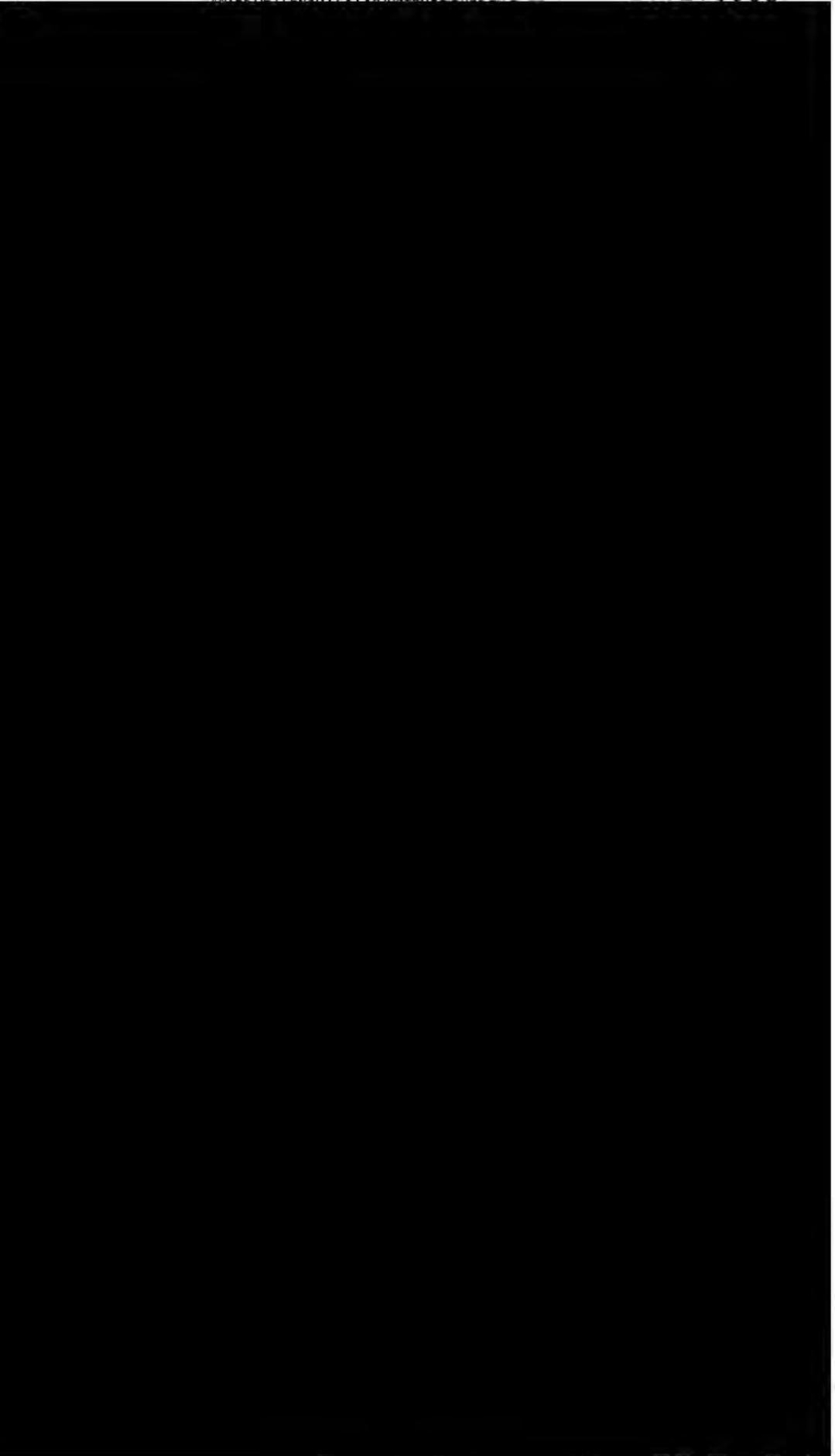
DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y MORTOS

DEL
IMP.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL



ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

 GUÍA DE ACTIVIDADES DEL ADMINISTRADOR DE INVENTARIOS									
NOMBRE: _____ FARMACIA: _____ FECHA: _____									
I	ACTIVIDADES DE INICIO DE TURNO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	5 MIN	5 MIN	5 MIN				
I	VERIFICAR EQUIPO DE COMPUTO (CPU, MONITOR, TECLADO, RATON, IMPRESORA, MODEM, LECTOR OPTICO)	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	5 MIN	5 MIN	5 MIN				
I	VERIFICAR MATERIAL (PAPEL STOCK, CINTA, CANASTILLAS, BARRERA, LIBRETA, ETC)	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	5 MIN	5 MIN	5 MIN				
I	CONTEO DE INVENTARIO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	12 MIN /HOJA	12 MIN /HOJA	12 MIN /HOJA				
I	REALIZAR AJUSTES DE INVENTARIO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	18 MIN /HOJA	18 MIN /HOJA	18 MIN /HOJA				
I	IMPRIMIR REPORTE DE PAQRS Y ALTA DE HIJOS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	NF	NF	NF				
I	IMPRIMIR Y CORREGIR ARTICULOS CON EXISTENCIA NEGATIVA	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	NF	NF	NF				
I	IMPRIMIR BOLETAS DE CONTEO FARMA Y NO FARMA	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	NF	NF	NF				
I	CONTAR Y REVISAR CADA PIEZA DEL LISTADO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	NF	NF	NF				
I	CAPTURAR BOLETAS E IMPRIMIR AJUSTES DE INVENTARIO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	F	F	F				
I	VERIFICAR Y CORREGIR DIFERENCIAS IRRUALES	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	F	F	F				
I	ACTUALIZAR CARTULINA Y SEGUIMIENTO DE INVENTARIO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	NF	NF	NF				
I	ARMAR PAQUETE DE INVENTARIOS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	NF	NF	NF				
I	PARA CADA PROVEEDOR REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	COINCIDE BITÁCORA DE CHOFER VS BULTOS RECIBIDOS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	ANOTAR EN BITÁCORA HORA DE RECEPCIÓN DEL PEDIDO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	VERIFICAR QUE LAS FACTURAS Y EL PEDIDO CORRESPONDAN A LA SUCURSAL	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	ESCANEAR TODOS LOS PRODUCTOS DEL PROVEEDOR	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	REVISAR EMPAQUES Y CONTENIDO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	SEPARAR EN CANASTILLAS SEGUN ACOMODO EN FARMACIA	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	CUADRAR BOLETAS VS FACTURAS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	APLICAR BOLETA E IMPRIMIR DOCUMENTOS (BOLETA DETALLE DE FACTURAS, NOTA DE CRÉDITO Y DEVOLUCIÓN)	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	REVISAR PRESENTACIÓN Y CONTENIDO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	ACOMODO DE PRODUCTOS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	REVISAR CAPACIDADES	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	ACOMODAR ABAJO O ATRAS DE LA EXISTENCIA ACTUAL	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	ACOMODAR POR LETRA, PRESENTACIÓN Y DOBIS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	RETRAER PRODUCTOS EN MAL ESTADO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	ELABORAR DEVOLUCIONES POR MAL ESTADO O PROXIMA CADUCAR	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	IMPRIMIR REPORTE DE NOTAS DE DEVOLUCIÓN	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	IMPRIMIR REPORTE DE OFERTAS NO RESPETADAS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	IMPRIMIR REPORTE DE REMISIÓN DE ÓRDENES	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	ARMAR PAQUETE DE DOCUMENTOS PARA RESPONSABLE DE FARMACIA	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO	10 PROD. POR MINUTO				
I	LIMPIAR Y ACOMODAR AREA DE TRABAJO	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	5 MIN	5 MIN	5 MIN				
I	LIMPIAR Y ACOMODAR CANASTILLAS	U MEDIDA	ESTÁNDAR	HORA INICIO	HORA FIN	OK			
		PAQUETE DE ACTIVIDADES	5 MIN	5 MIN	5 MIN				

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
TEL.C330603MGRLYL08

ESTADO IGUALA	FECHA DE REGISTRO 30 DE MAYO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00588	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NA: [REDACTED]
 LUGAR DE NA: [REDACTED]
 DOMICILIO HA: [REDACTED]
 (U: [REDACTED]
 NOMBRE DEL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL: [REDACTED]
 NOMBRE DE L: [REDACTED]
 FECHA DE DEF: [REDACTED]
 LUGAR: HO: [REDACTED]
 DESTINO DE: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]
 DONDE FALL: [REDACTED]
 CAUSAS DE: [REDACTED]
 TIPO DE DEF: [REDACTED]
 NOMBRE DEL: [REDACTED]
 NO. DE CEDU: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ADEMAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

ELLOS INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

[REDACTED]

No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
O ZAMBRANO HERNANDEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

160272703

QUE DEBE LLEVAR LAS SIGUIENTES INFORMACIONES EN EL REVERSO

819
618
820

DEL FALLECIDO

18 DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Manzana 107 Lote 9

Fermín Rabadán

Iguala

15.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

Iguala

GUERRERO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DE LA DEFUNCIÓN

DE MUERTES ACCIDENTALES Y VICIEN

23.5 La defunción fue registrada en el Anuario Público con el acta número

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

21.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

23.7.4 Abundancia o intersección

23.7.5 Entidad federativa

DEL REG.

EL REGISTRO DE DEFUNCIÓN DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE CERTIFICADO A LA DEPENDENCIA DE SALUD

Parkano

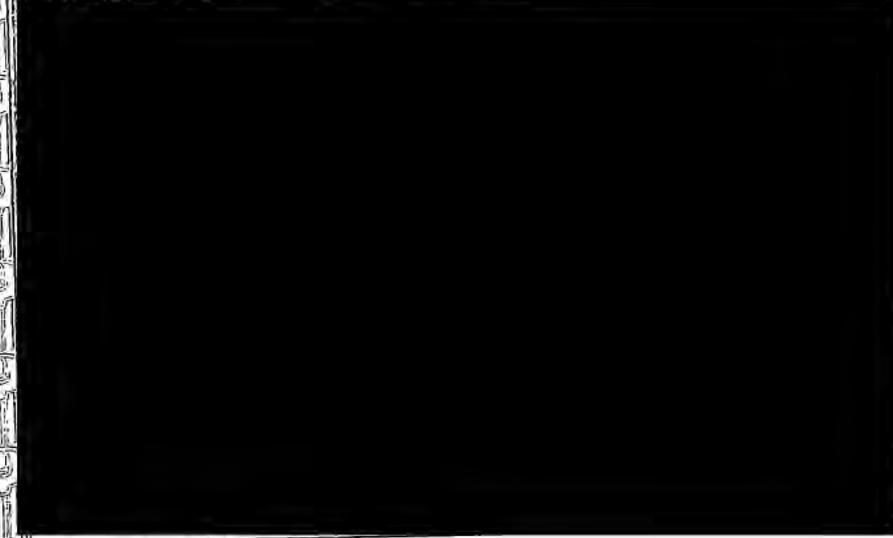
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



820
821

LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
IGUALA	30 DE MAYO DE 2018	IGUALA
LIBRO	ACTA No.	



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL P...
LIC. MANOLO ZAMBRANO



MOTIVACION



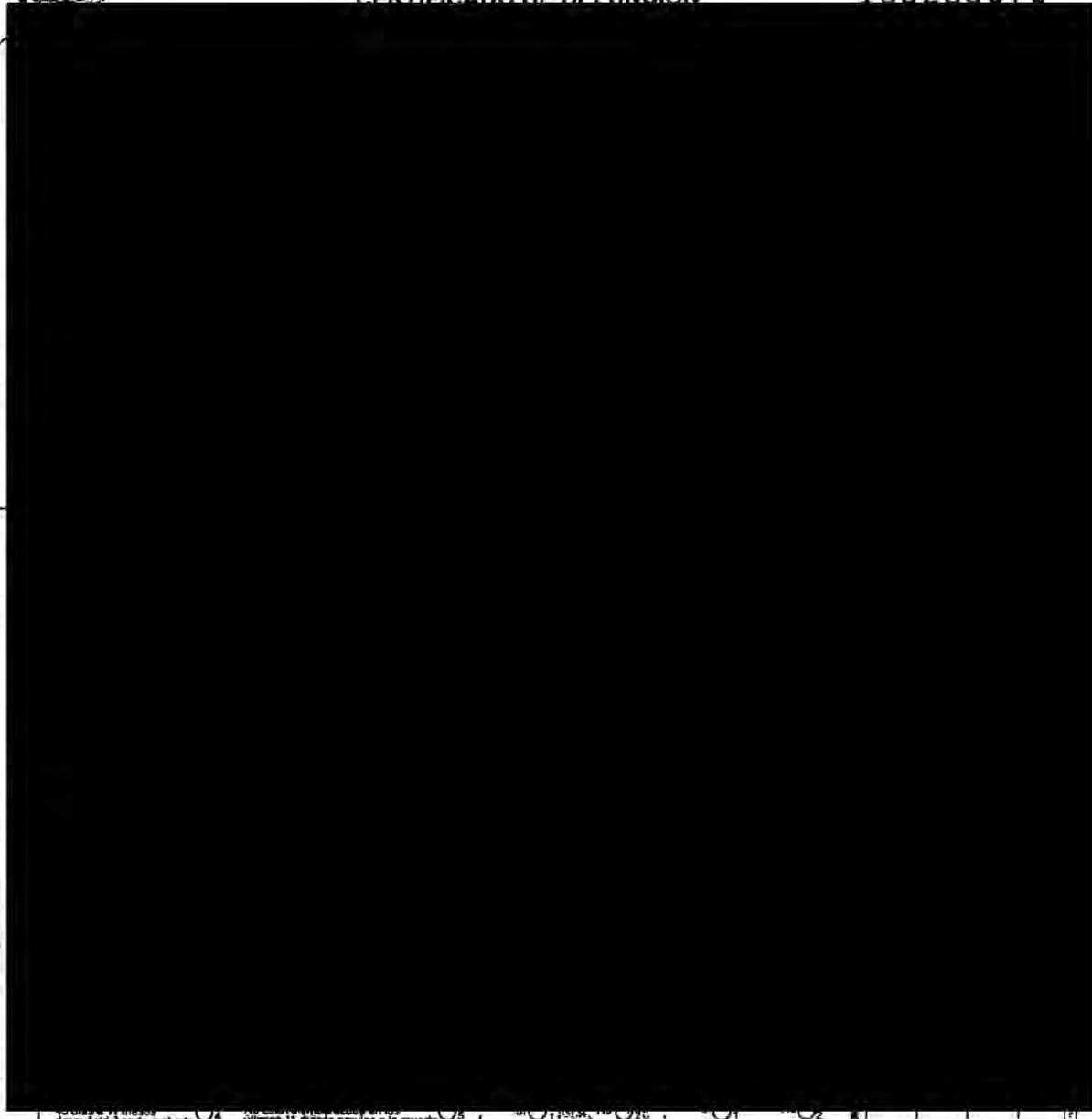
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160283070

822

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO. ESTOS CONSERVADAN 13 COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



<input type="radio"/> antes de 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No está registrado y en los últimos 11 meses previos a la muerte		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área de depósito <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7 Sólo en caso de accidente, apote el domicilio donde ocurrió la lesión							
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad			
23.7.4 Municipio o delegación			23.7.5 Entidad federativa				

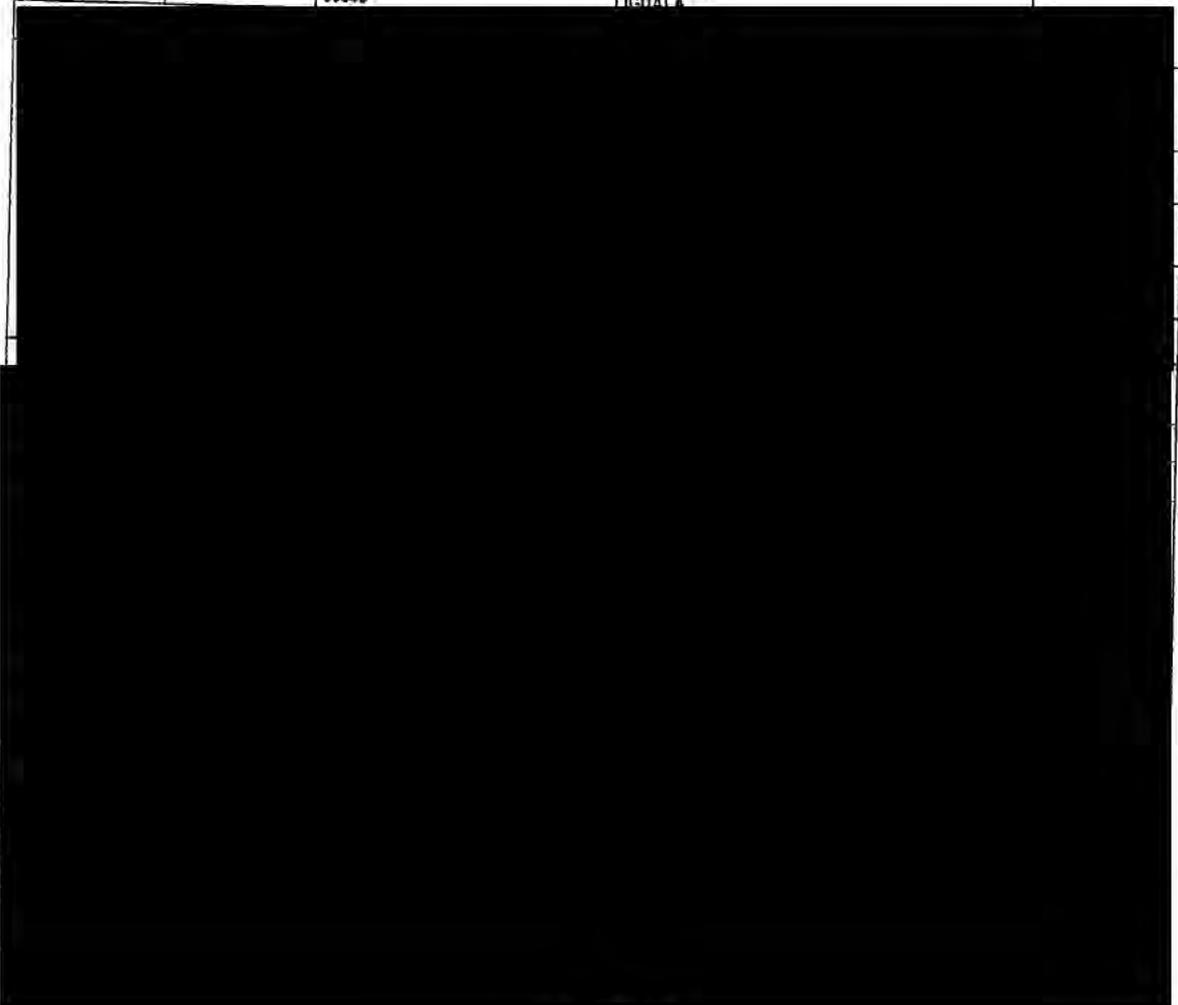


ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 19 DE JUNIO DE 2015	
LIBRO 03	ACTA No. 00545	LOCALIDAD IGUALA



DECLARANTE



PRESENTO REQUISITOS.



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU MUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL NO. 01 DEL
LIC. GILBERTO SALG



LA OFICIALIA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

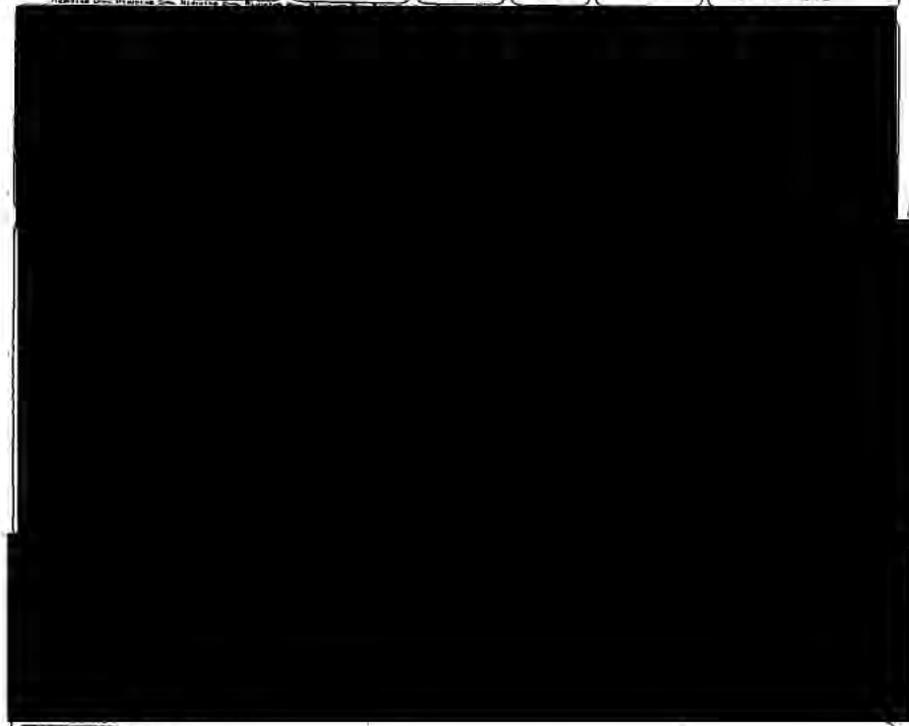
Motivación 2

REGISTRO CIVIL
DEFUNCION
JUNTOS Y JUNTOS PODIEMOS



ACTA DE DEFUNCIÓN

9	6	14	13228	2016	DE	31-05-2016
SENTEADO	FEBERACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO



LA INHUMACION SERA EN EL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA, ESTADO DE GUERRERO

Se dio por terminado el acta y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autORIZA. Doy fé. EL JUEZ, 14 de mayo de 2016.

HOMBRE DEL JUEZ: LIC. ALONSO MARIO CUEVAS MELO

FIRMA DEL JUEZ: DIRECCION GENERAL DEL REGISTRO CIVIL JUZGADO 14

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA

No: Fecha: Firma:

No: Fecha: Firma:

LGR - Direccion General Del Registro Civil

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 31 DIAS DEL MES DE Mayo DEL AÑO 2016.



823
824

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADO	IGUALA	FECHA DE REGISTRO	06 DE JUNIO DE 2016
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No.	00553
		LOCALIDAD	IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA	QUERETARO

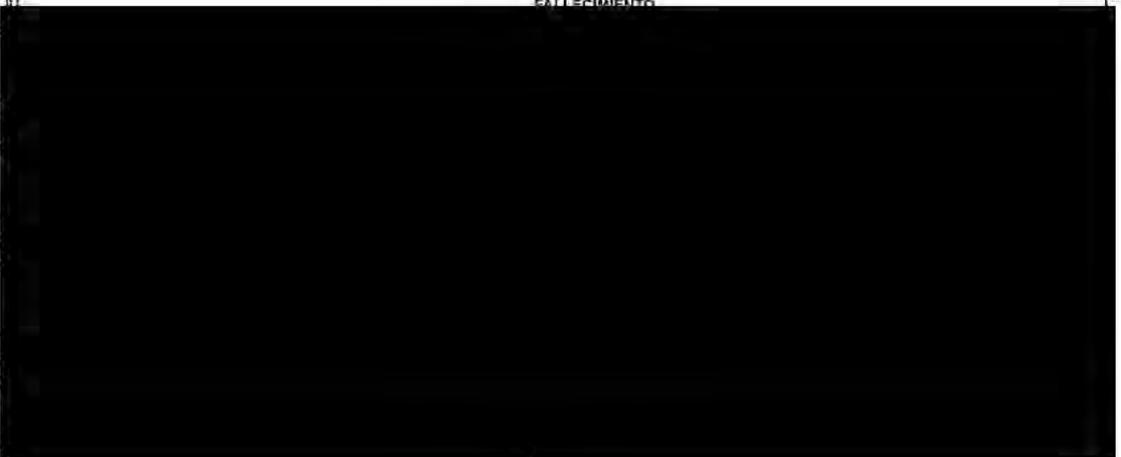
825

823
824

765



FALLECIMIENTO



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.



TESTIGO

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO, Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ





SECRETARIA DE SALUD
 CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

824

Modelo 2016
 FOLIO

875

Este certificado es un documento de carácter oficial y su validez depende de la información que se suministre. Se debe conservar una copia para el INEGI y otra para el registro civil. El original debe ser entregado al INEGI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI 1 <input type="radio"/> No 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI 1 <input type="radio"/> No 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> SI 1 <input type="radio"/> No 2 <input type="radio"/> Se ignora 9	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuelas u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	23.4 ¿Cuál parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: _____				

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

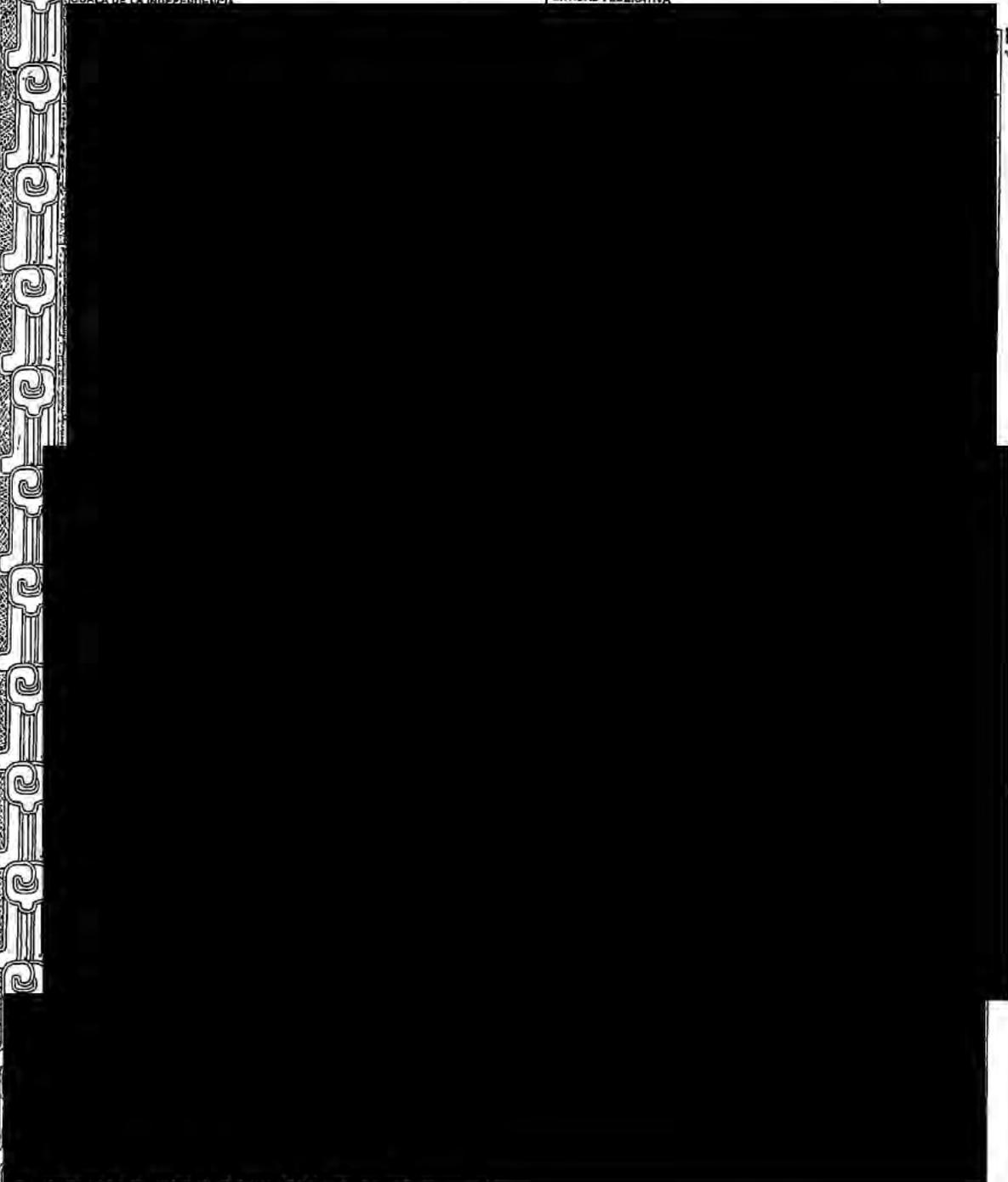
ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

825
827



ESTADO OAXACA	FECHA DE REGISTRO 07 DE JUNIO DE 2016	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00356	LOCALIDAD IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA

5768



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTÓ REQUISITOS.



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

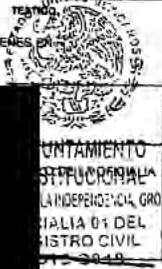


EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HE



2ª clase.
Lote 167

826
828

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL		ACTA DE DEFUNCION CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
ESTADO DE GUERRERO	FECHA DE REGISTRO 07 DE JUNIO DE 2018	
MUNICIPIO	ACTA No. 00355	LOCALIDAD IGUALA
7787		
FIRMAS		
TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL		
E.L.C. LIC		 <p>CONTAMIENTO SEPTUORONAL LA INDEPENDENCIA, GRO IGUALA 01 DEL REGISTRO CIVIL 012-2018</p>



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2014
FOLIO

870
824

CONFORME AL ORIGINAL DE LA FICHA (FOSA) LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL, FOLIO CORTADO EN EL AÑO DE DEFUNCIÓN, Y EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN QUE SE EMITE POR ESTOS COPIAS, ESTOS COPIAS SE CONSERVARÁN LA FICHA (FOLIO) EN EL REGISTRO CIVIL.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL ENTREGADO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

<input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora	<input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Escuela u oficina pública	<input type="radio"/> (Baño, oratorio, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública	<input type="radio"/> Calle o camión (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios	<input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora
---	--	---	---	---

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

21.5 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidentes, arcos el domicilio donde ocurrió la lesión

DEL REG. CIVIL
DEL CERTIFICANTE
DEL ENTREGADO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

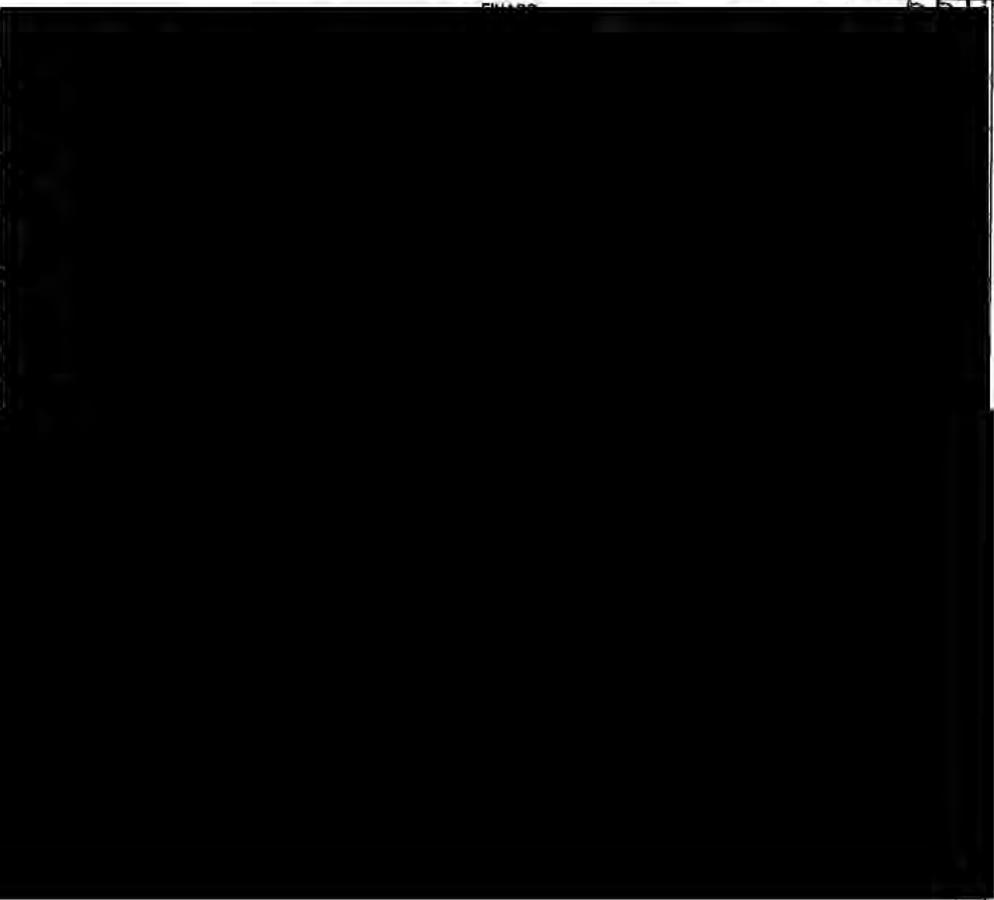


830 828
829

5503486

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 08 DE JUNIO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00564	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

NOMBRE:
FECHA DE NA
LUGAR DE NA
DOMICILIO HA
NOMBRE DEL
NOMBRE DEL
NOMBRE DE I



GUERRERO
NOBRE

CRISTIANO

PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO

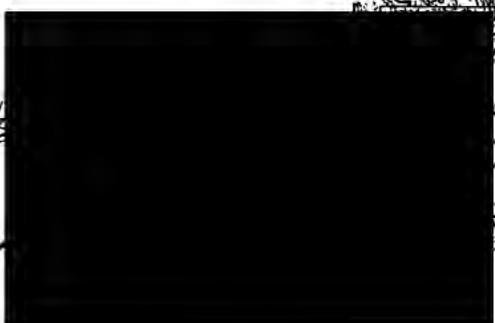
DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

OFICIALIA
NAL
C. MANOLO
ZAMBRANO
HERNANDEZ



Art. 100
Frac. V
LFTAIIP

INTERESADO

Motivación 1

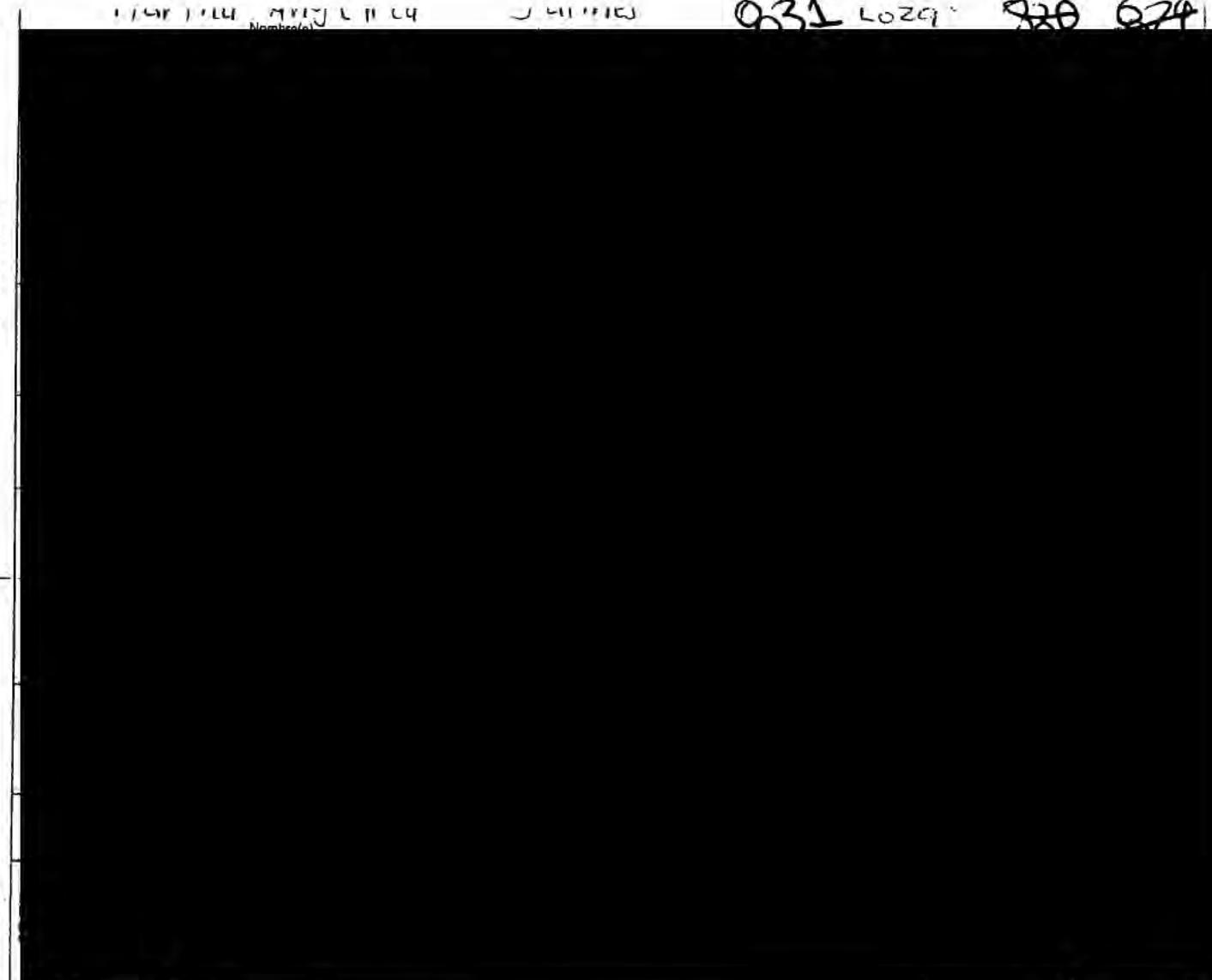
Motivación 2

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS DEBE SERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

160278139

DEL REG. CIVIL

LA INFORMACIÓN EN ESTE CEI ADO Y SU TRAYAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de) _____

c) Debido a (o como consecuencia de) _____

d) _____

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 Si 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 Si 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 Si 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina 2
 Área deportiva 3 Calle o carretera (via pública) 4 Área comercial o de servicios 5

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
 Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6
 Granja (rancho o parcela) 7
 Otro 8
 Se ignora 9

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número: _____ 23.7.2 Colonia: _____ 23.7.3 Localidad: _____



DEL REG. CIVIL

OFICIALIA O JUZGADO

Núm. _____ 'bro Núm. _____

34.1 Localidad _____

34.2 Municipio o delegación _____

34.3 Entidad federativa _____

34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1 Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

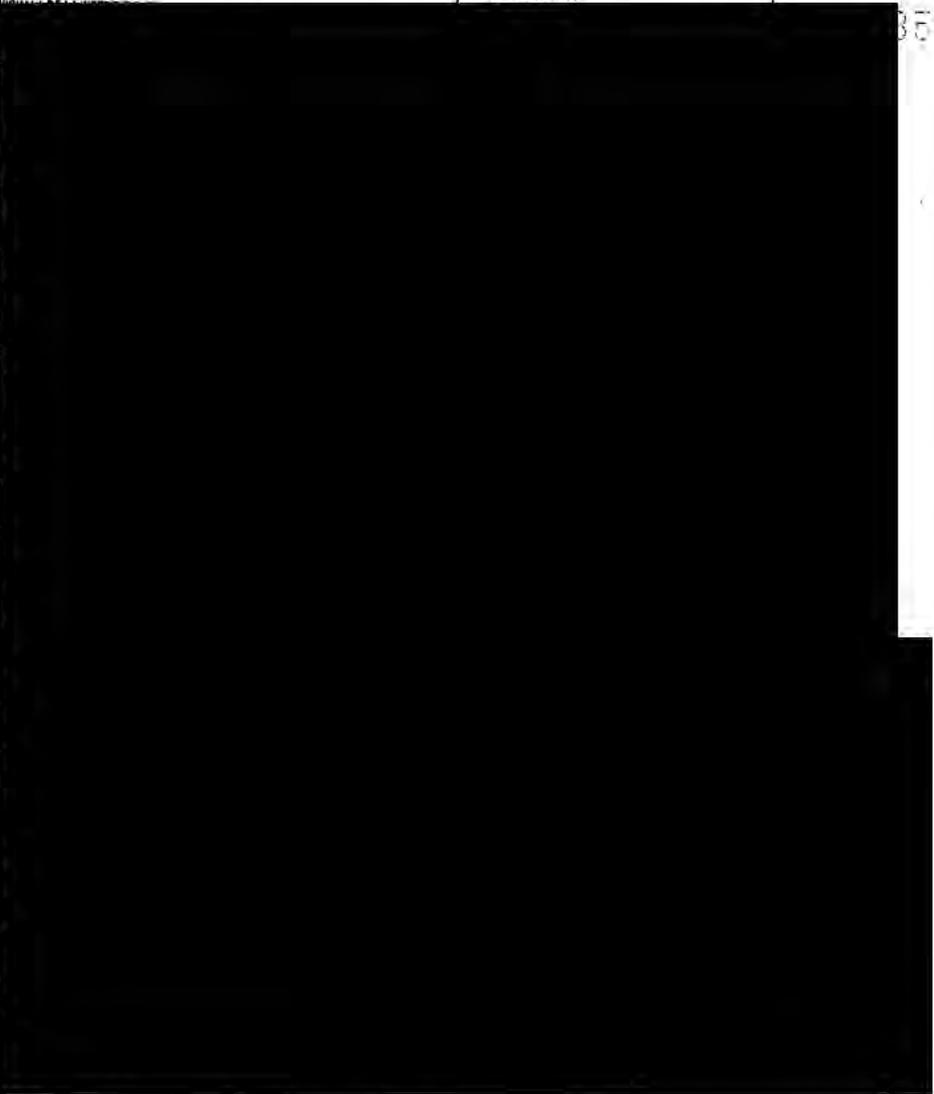


832



830
834

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
GUERRERO	15 DE JUNIO DE 2016	
MUNICIPIO	ACTA No.	LOCALIDAD
	90578	IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA



1ª clase
684

GUERRERO
GIRETINO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____ FIRMAS _____
 DECLARANTE _____

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REG.
LIC. MANOLO ZAMBRANO H.



INTERESADO



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160278151

836

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGÁRLE AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL PALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

Protegeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) Debido a (o como consecuencia de)

d)

PAUTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas tienen complicaciones, parto o puerperio?
Sí 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
Sí 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Sí 1 No 2 Se ignora 9

23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión?
Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Señora 9

23.4 ¿Qué permiso tenía al presunto agresor con el(los) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

OFICIALIA O JUZGADO

Num. Libro Núm.

34.1 Localidad

33.1 Acta Núm.

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE DEVOLVER EN ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



833
834



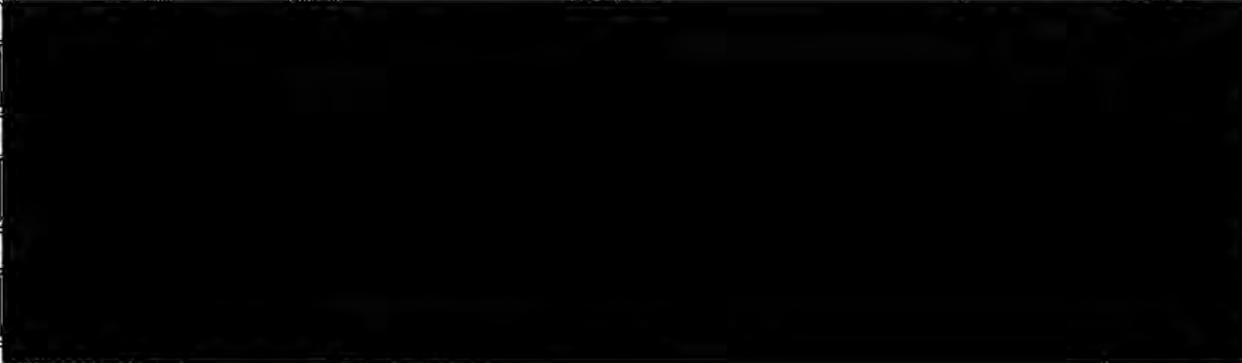
OFICIALIA

FECHA DE REGISTRO
04 DE JULIO DE 2018

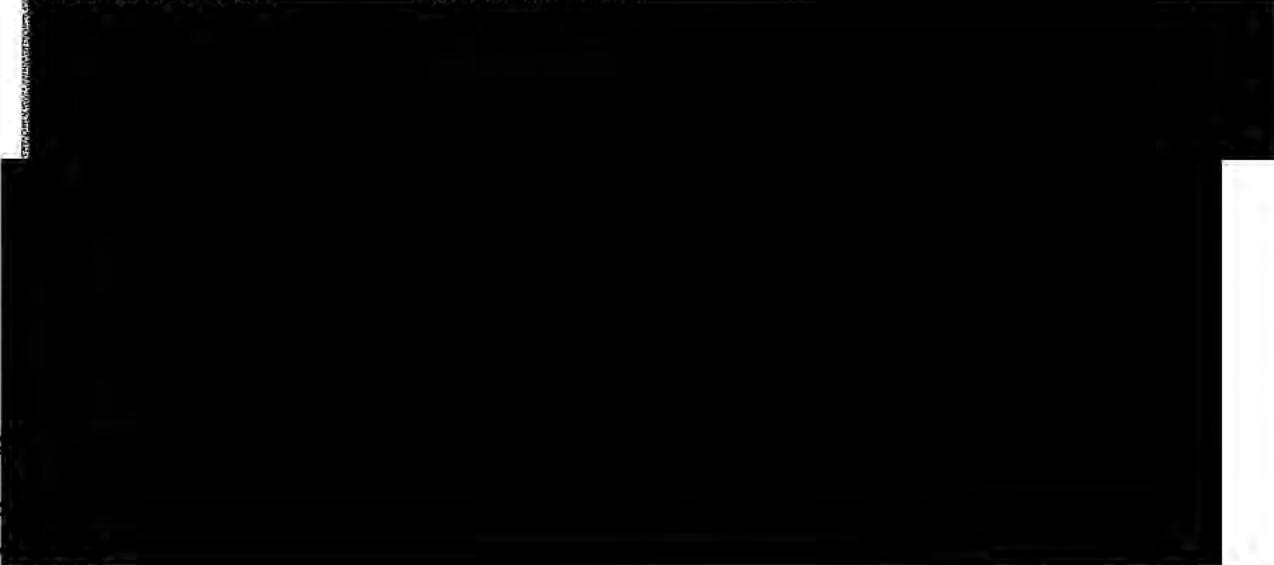
LIBRO

ACTA No.

LOCALIDAD



NOMBRE DEL CONYUGE



GUERRERO
REG. ACERCA DE



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.



TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLO INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



Art. 1
Fracc. V, VII
LFTAIP

INTERESADO

Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

REGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160273895

DEL FALLECIDO				
DE LA DEFUNCIÓN	<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p>			<p>Código CIE</p>
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	<p>22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p>			
DEL REG. CIVIL	<p>23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4</p> <p>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3</p> <p>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Violencia particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (estadio, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5</p> <p>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____</p> <p>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión</p>			
DEL CERTIFICANTE	<p>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión</p> <p>23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____</p>			
DEL INF.				
DEL REG. CIVIL	<p>33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</p> <p>Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>33.1 Acta Núm. _____</p> <p>34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>34.1 Localidad _____</p> <p>34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____</p>			

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

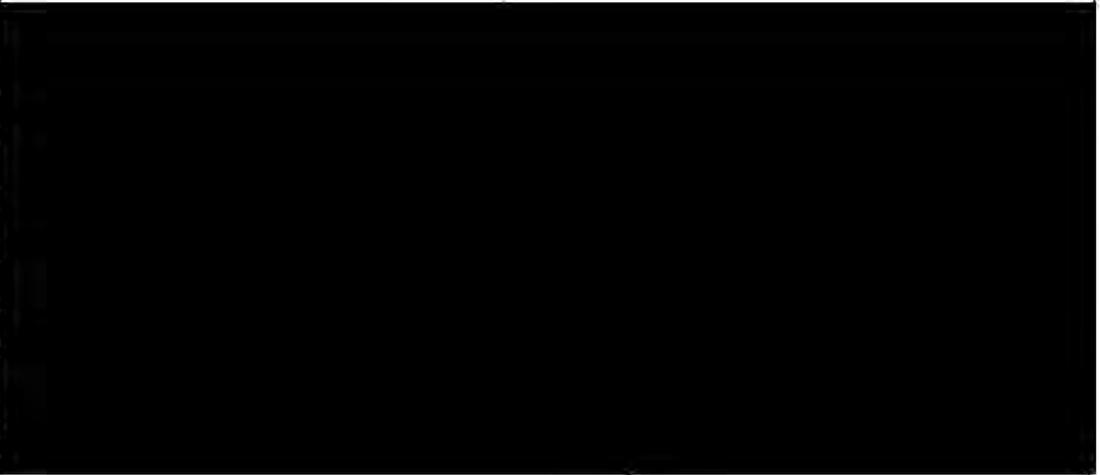
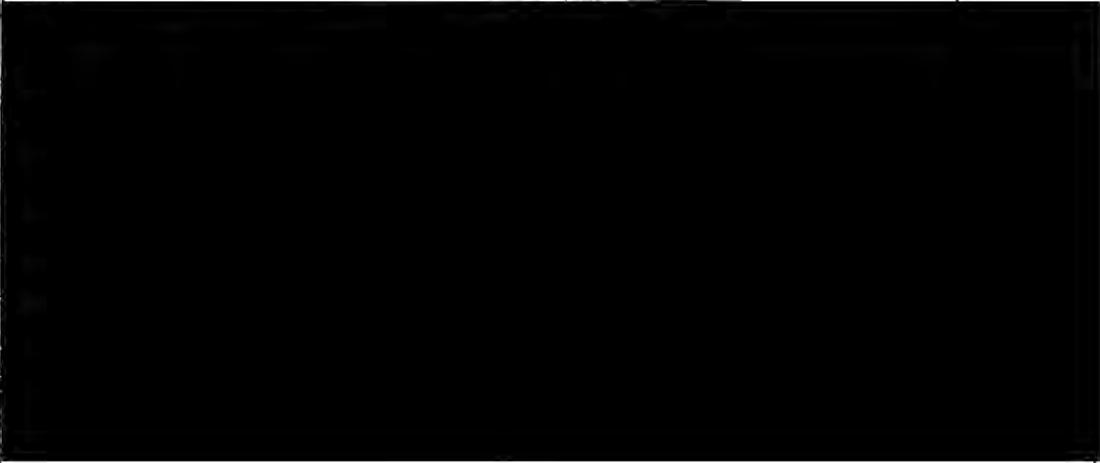
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

835



LIBRO 03	FECHA DE REGISTRO 13 DE JUNIO DE 2016	ACTA No. 00577	LOCALIDAD IGUALA
-------------	--	-------------------	---------------------

8499



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS NOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

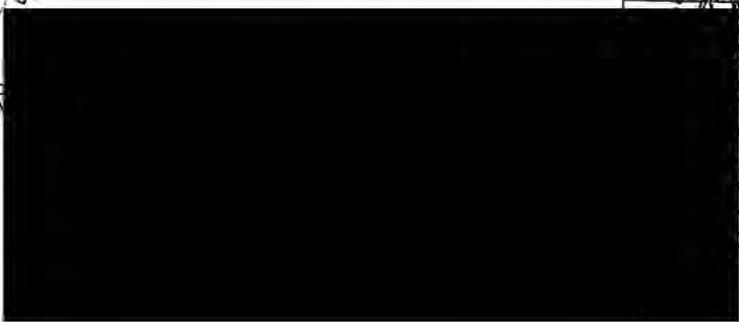
TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. O.
LIC. M.



Fracc. V, VII
LFTAIP

INTERESADO

LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
IGUALA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

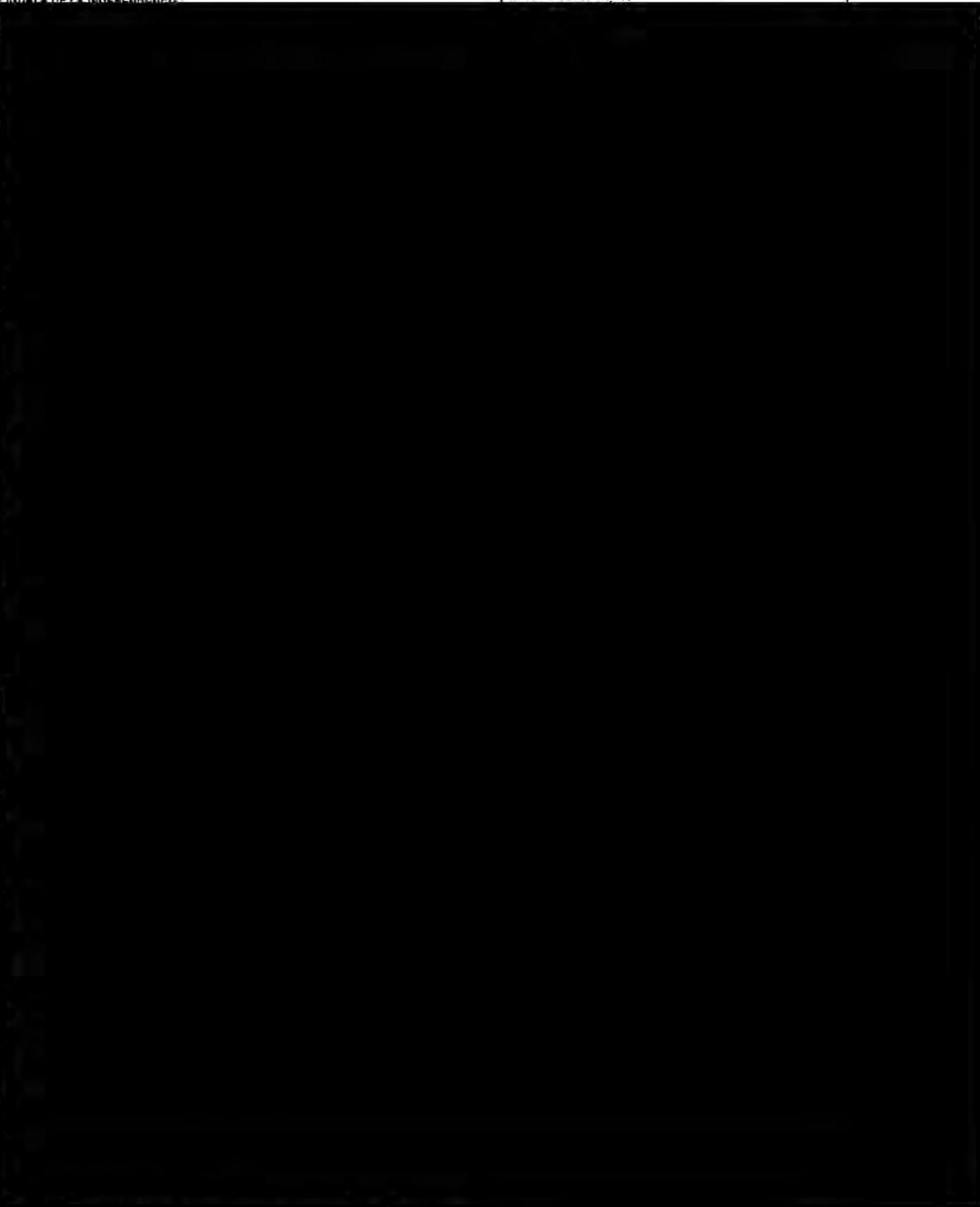
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
SATJ740700HGRLRN02



836
837

ESTADO	GUERRERO	FECHA DE REGISTRO	16 DE JUNIO DE 2016
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No.	00597
		LOCALIDAD	IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA	

3519



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

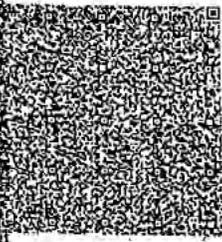
FIRMAS

TESTIGO

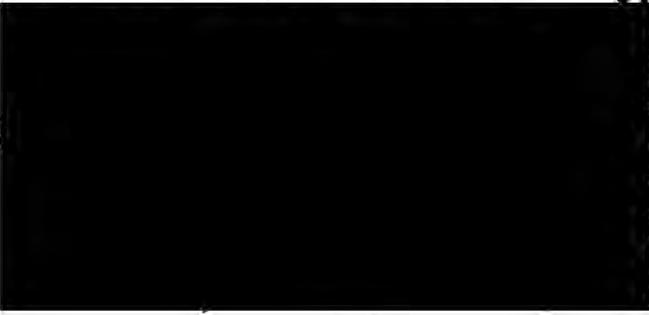
DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL D. OFIC.
LIC. MAN



Ar. 10
Fracc. V, VII
LFTAIP

INTERESADO

Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



1563

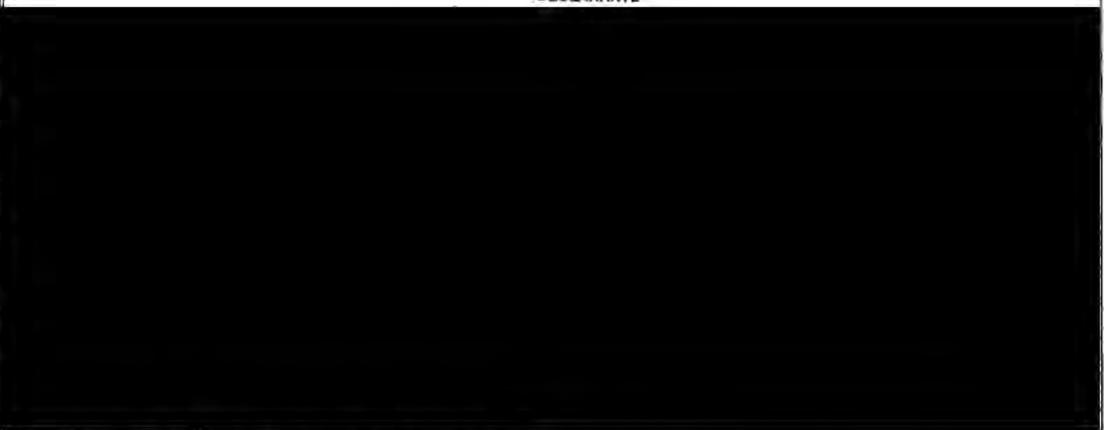
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
FISCALIA	FECHA DE REGISTRO
FEbrero	28 DE JUNIO DE 2016
ACTA No.	



(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)



DECLARANTE



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE INVESTIGACION 1, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010100888210616.
 OFICIO NUM.: 8841. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 21 DE JUNIO DE 2016.

FIRMAS

TESTIGO _____
 DECLARANTE _____
 TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 ELLLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



Art 440
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Motivación 1

INTERESADO

Art 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 2



839
840

CONTIENE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (VOSA) Y LA 2ª COPIA (70%) AL REGISTRO CIVIL (RAC) CONJUNTO AL ACTA DE LA COMISIÓN QUE ELABORÓ EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN. FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEPO, ESTOS CONSERVAN LA 1ª COPIA (VOSA) PARA FINES DEL RAC.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VICENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



160276751

DEL REG.	DEL CENSO DE VIVIENTES	DEL INF	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO

AVISO: EL ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEBE SER DEVUELTO AL SEMEPO ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

840
841



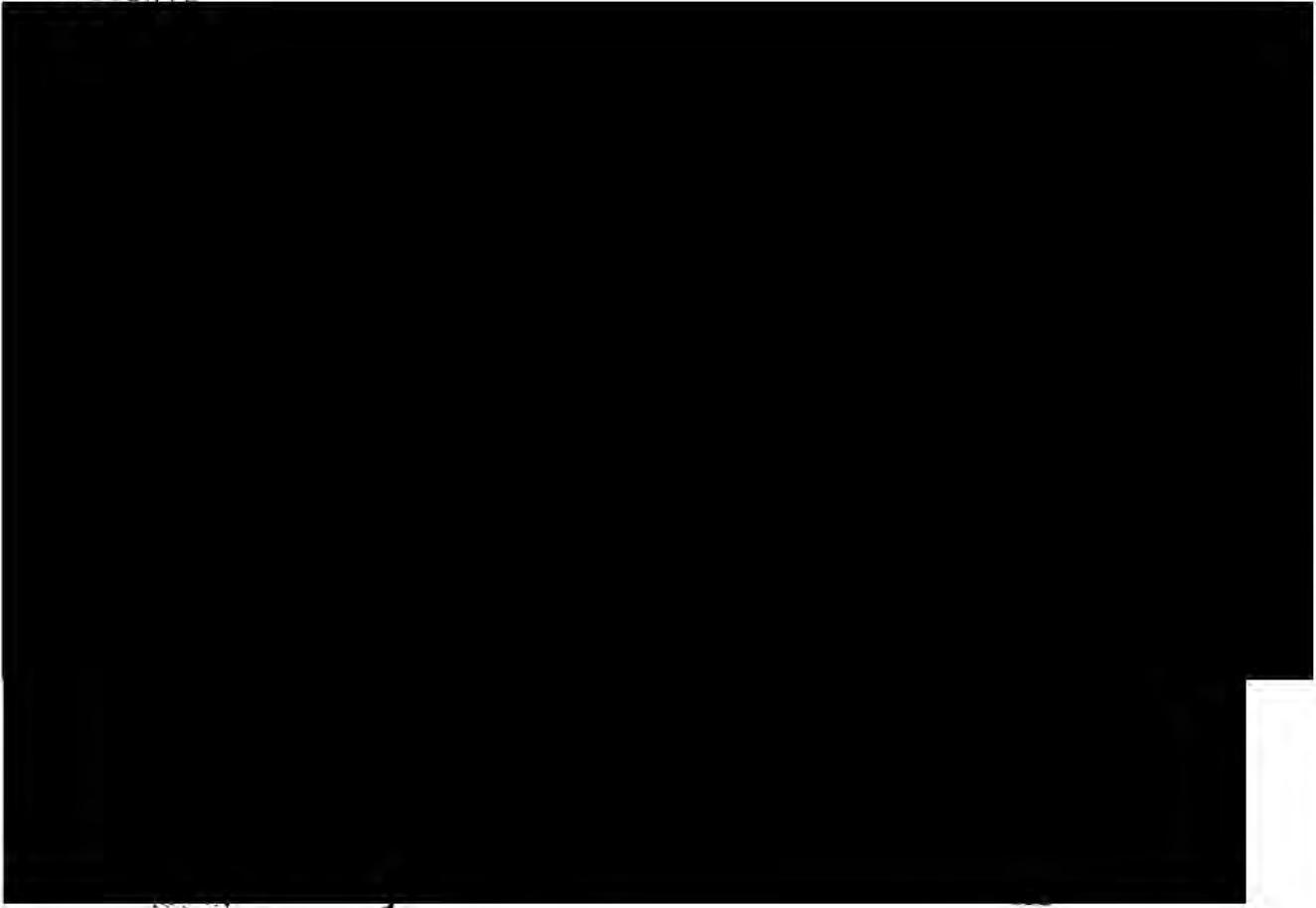
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
UNIDAD DE INVESTIGACION

CARPETA DE INVESTIGACION 480301010082210116
SECCION 101010001

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 2011 (CENITANO DIA(S) DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
PRESENTE



ATENTAMENTE



DISTRIBUCION DE COPIAS (PRIVACIA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN
UNIDAD DE INVESTIGACION (P.O.)

Del	Num	Libro Num	COORDINACION	
33.1 Acta Num			34.2 Almacén o delegación	34.4 No

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

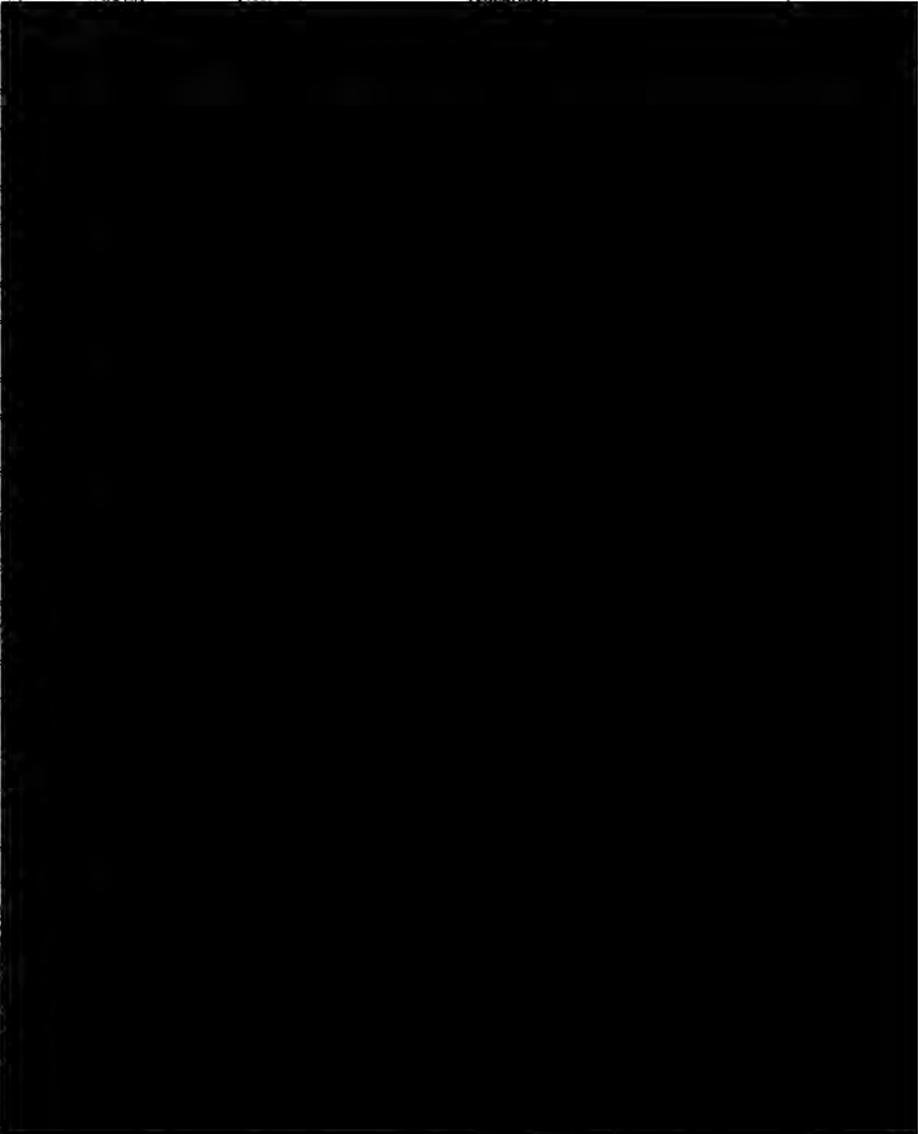
ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



842

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 02 DE JUNIO DE 2018	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	



3743

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



GUERRERO
REGISTRACIONES



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160265386

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

José Luis Ramirez

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

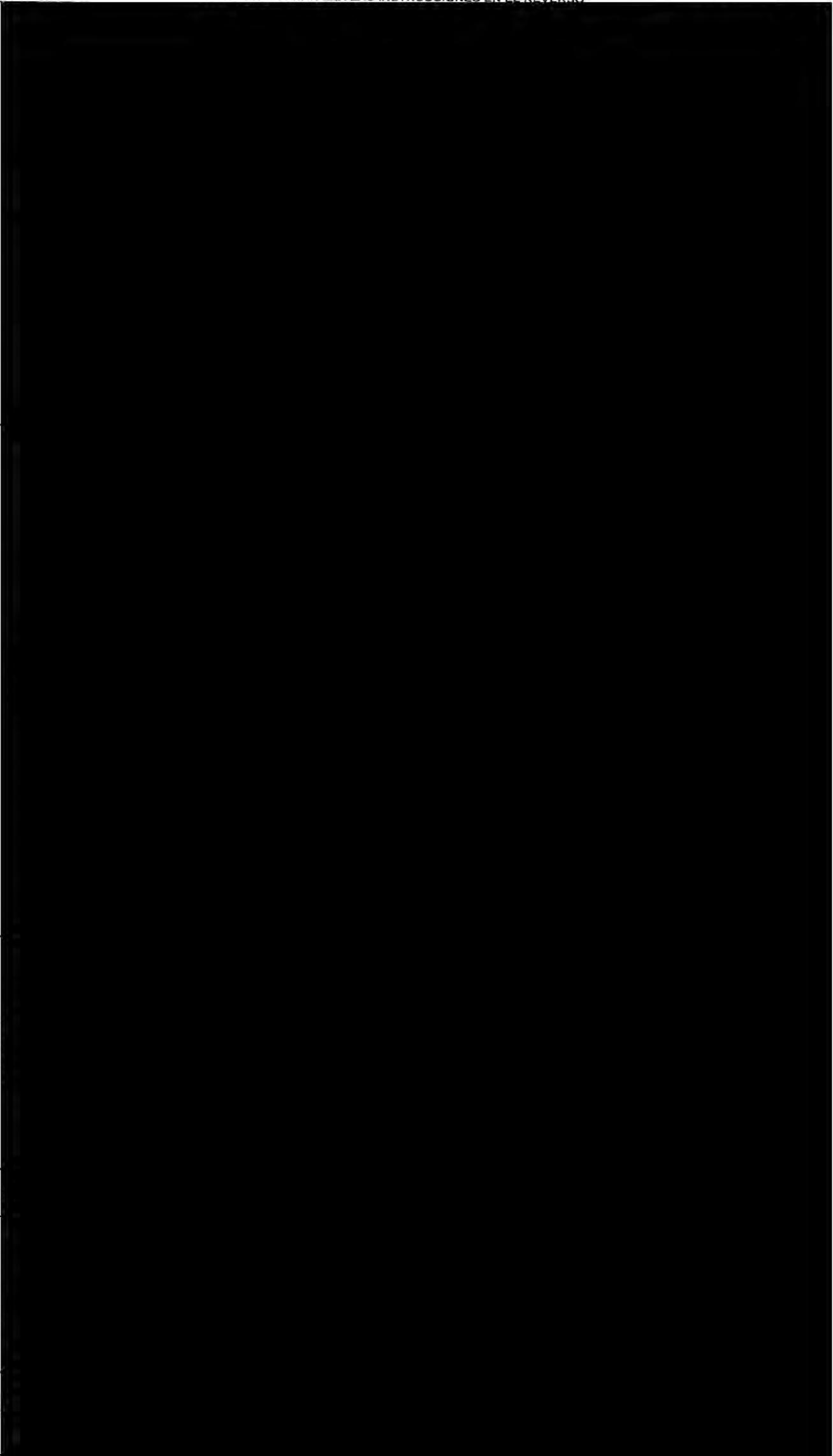


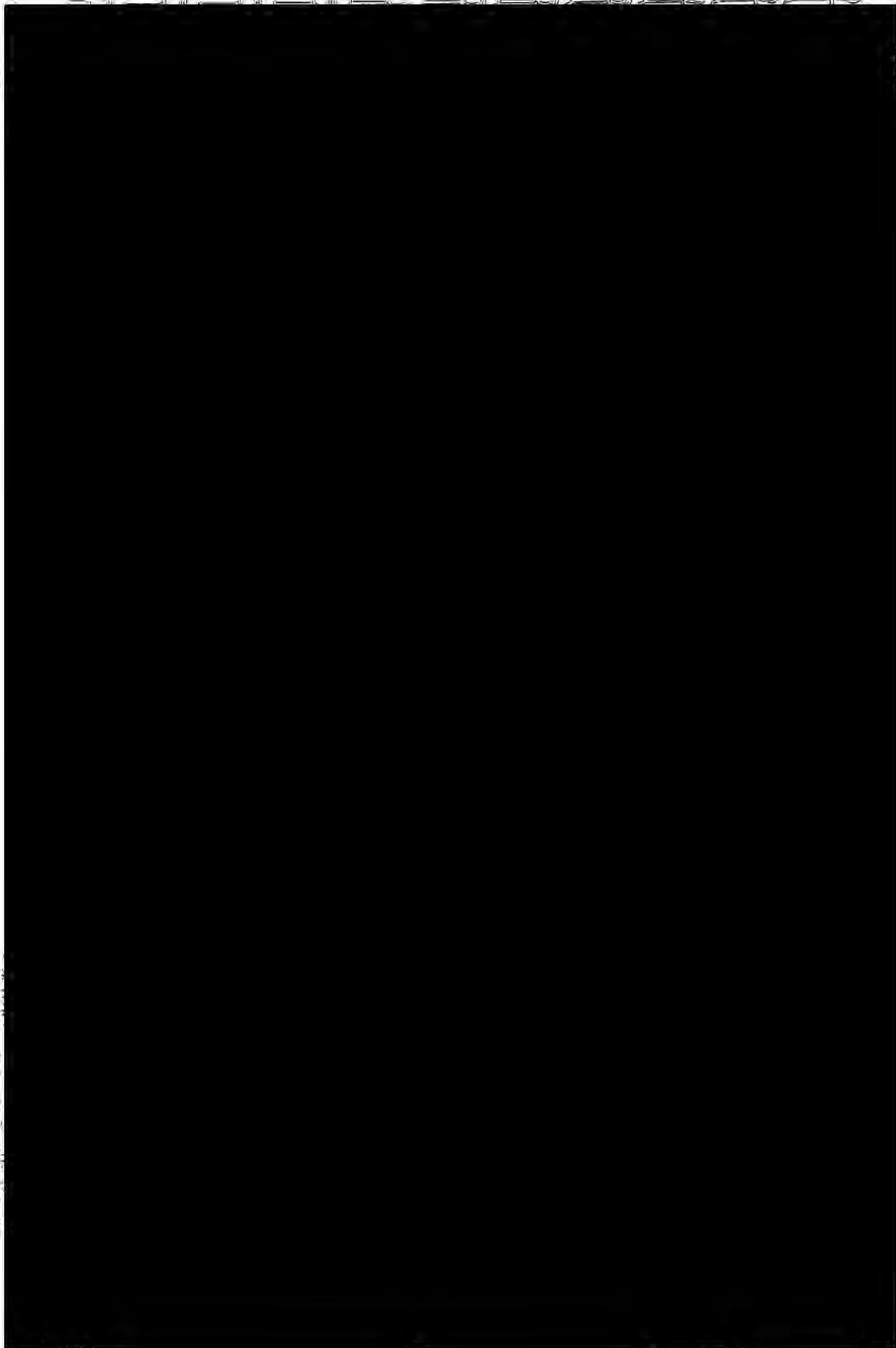
160265386

Art. 110
Fracc. V, VIII
LFTAIP

Motivación 1

DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO
----------------	------------------	----------	----------------------------------	-----------------	---------------





REGISTRO CIVIL
2015-2018

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



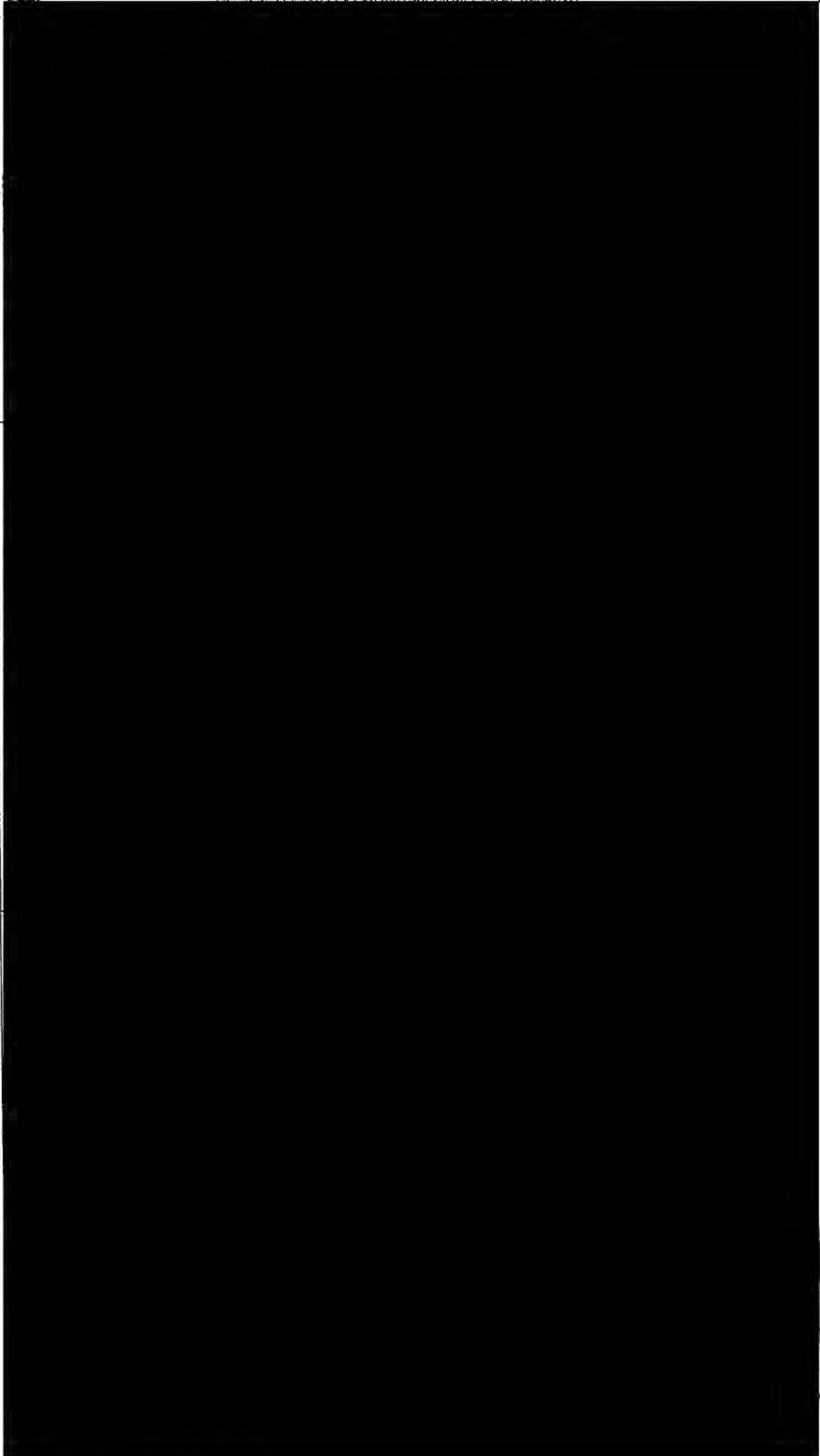
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160265384

845

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL IMEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



160265384

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

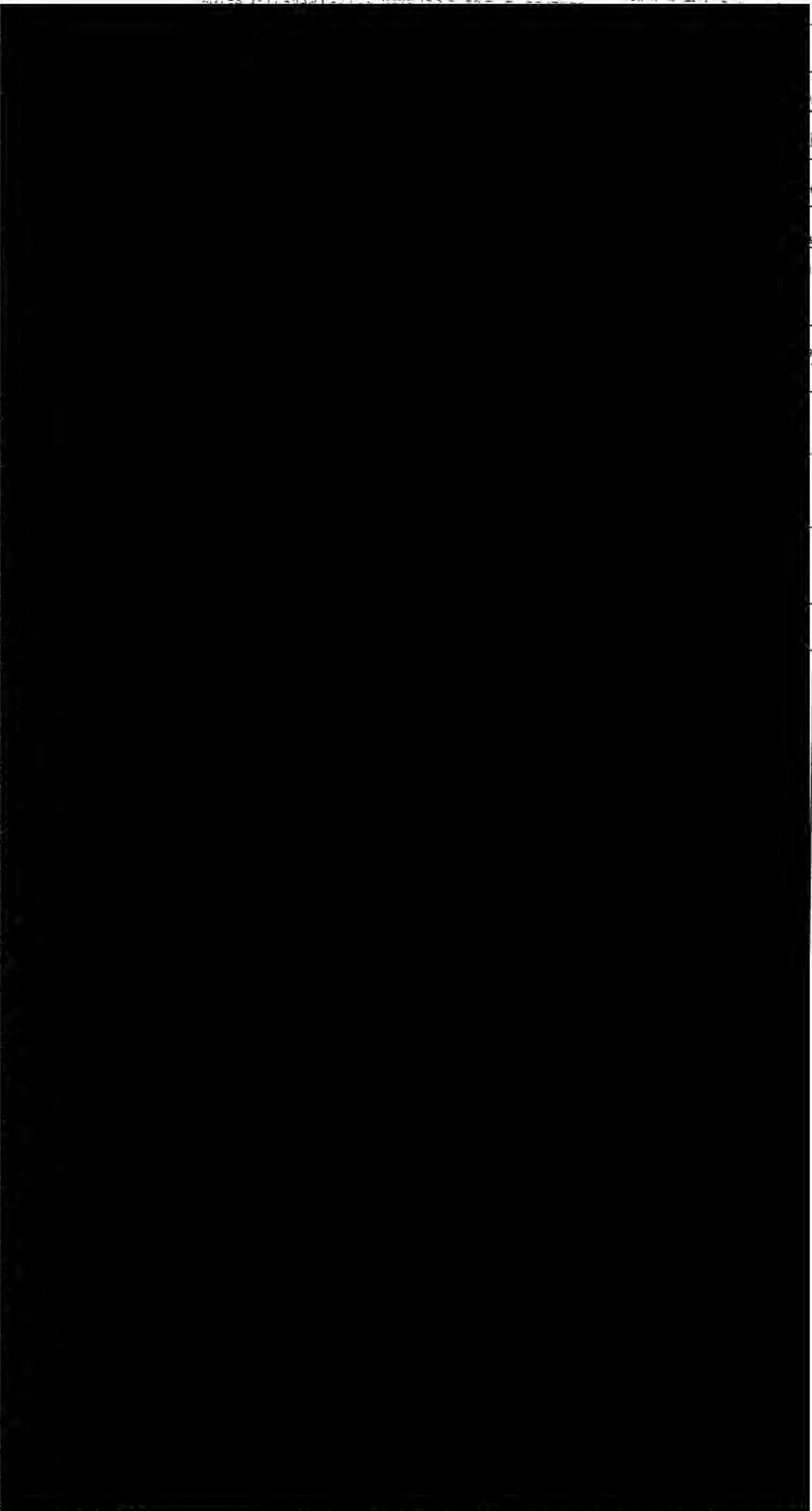
FOLIO

246

SE OTORGA EL ORIGINAL, LA FOTOCOPIA (F. 05A) Y LA 2ª COPIA (F. 05B) AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LAS FOTOCOPIAS DEL F. 05B SE ENTREGAN AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05A SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05B SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05C SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05D SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05E SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05F SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05G SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05H SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05I SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05J SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05K SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05L SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05M SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05N SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05O SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05P SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05Q SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05R SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05S SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05T SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05U SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05V SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05W SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05X SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05Y SE ENTREGA AL REGISTRO CIVIL Y AL MEDICAMENTO. LA FOTOCOPIA DEL F. 05Z SE ENTREGA AL FAMILIAR DEL DEFUNTO.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL REG. CIVIL		DEL CERTIFICANTE		DEL INF.		MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		DE LA DEFUNCIÓN		DEL FALLECIDO	
33	OP	26	Me	24	23	22	21	20	19	18	17
33	OP	28	Me	24	23	22	21	20	19	18	17
33	OP	30	Me	24	23	22	21	20	19	18	17



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

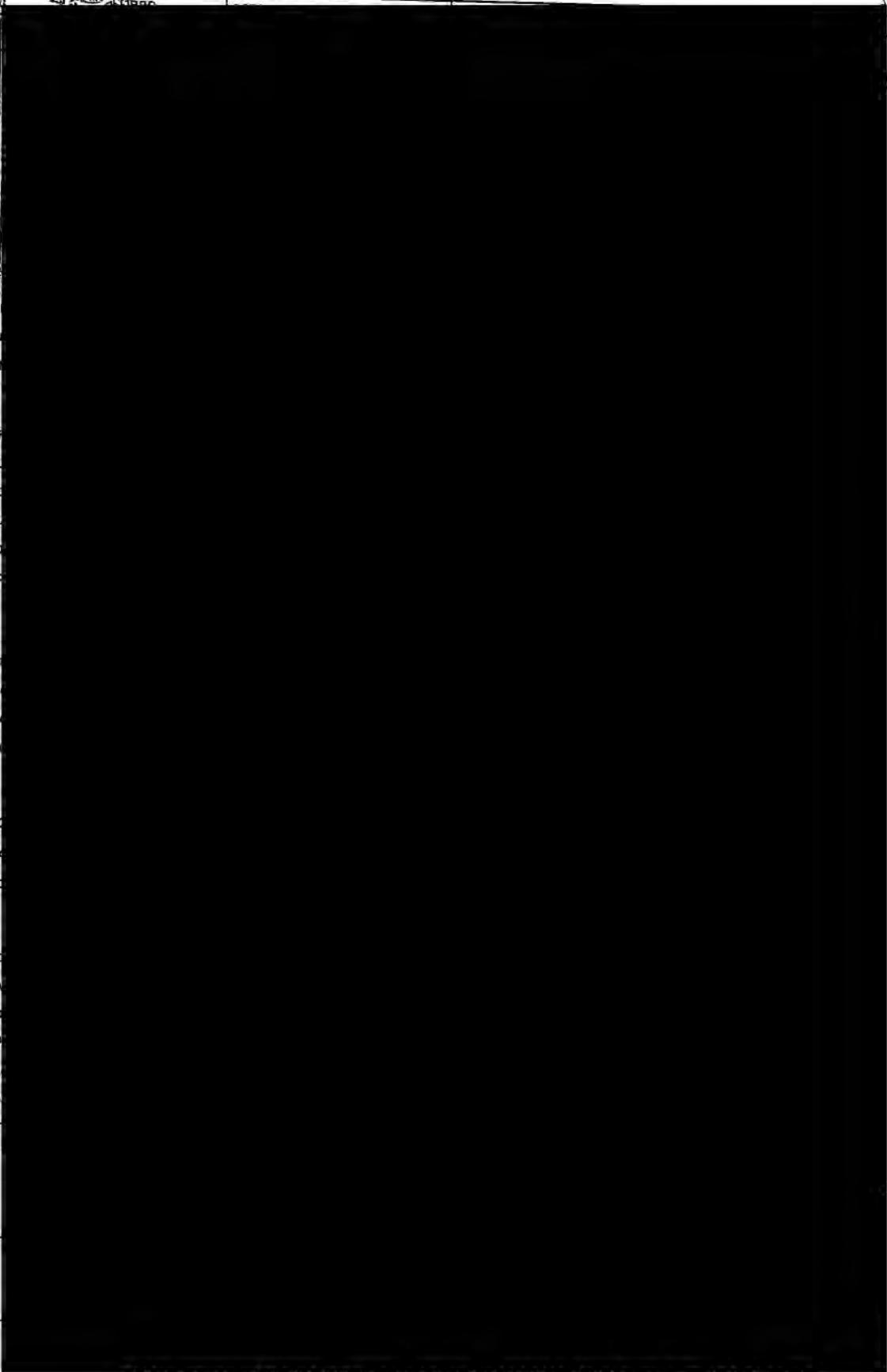
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

847



FECHA DE REGISTRO
24 DE JUNIO DE 2018

546



ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

GUERRERO
REGISTRAR GENERAL
GRANATINO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REG.
LIC. MANOLO ZAMBRANO



MUNICIPIO DE
AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRO
CIUALIJA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



At: 15
Folio: 11
LFTAIIP

At: 112
Folio: 11
LFTAIIP

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

848

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRAL 3

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 12060040505895230616

OFICIO NUM.: 8732

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (24) VEINTICUATRO DIA(S) DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL,
IGUALA, GUERRERO.
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo Femenino que en vida respondio al nombre de Patsy Paola Morales Hernandez, de quien informo lo siguiente

Nombre: P [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: José, Joaquín [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED] terminada

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: 23 de Junio DEL 2016

Causa de Muerte: [REDACTED]
Disparados por Arma

Médico que dictamino: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted para los efectos legales correspondientes a que haya lugar

Atentamente

Ministerio Público de INTEGRAL 3 del Distrito Judicial de IGUALA.

[REDACTED]

98713217201513-9287912013

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

851



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 01 DE JULIO DE 2016	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ACTA No. 00654	ENTIDAD FEDERATIVA

8576



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO INTEGRAL 1, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010200919300616.
OFICIO NUM.: 9037. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 30 DE JUNIO DE 2016.



ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL,

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

Ar...
Fract...
LFTAIIP
Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2



852

SE ENVÍA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL LIBRO DE DEFUNCIÓN Y EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN. ESTOS DOCUMENTOS SE ENTREGAN AL FAMILIAR O AL INTERESADO EN EL MOMENTO DE EMISIÓN. ESTOS DOCUMENTOS SE ENTREGAN AL FAMILIAR O AL INTERESADO EN EL MOMENTO DE EMISIÓN.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



160276764

DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO

Atentamente
 Ministerio Público de INTEGRAL 1



Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 2

M. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

853



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : 12060010200919300616

OFICIO NÚM.: 9037

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (30) TREINTA DIA(S) DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
PRESENTE.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED], de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]
CIUDAD D [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: PERIFERICO PONIENTE FRENTE A [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 1

[REDACTED]

854



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

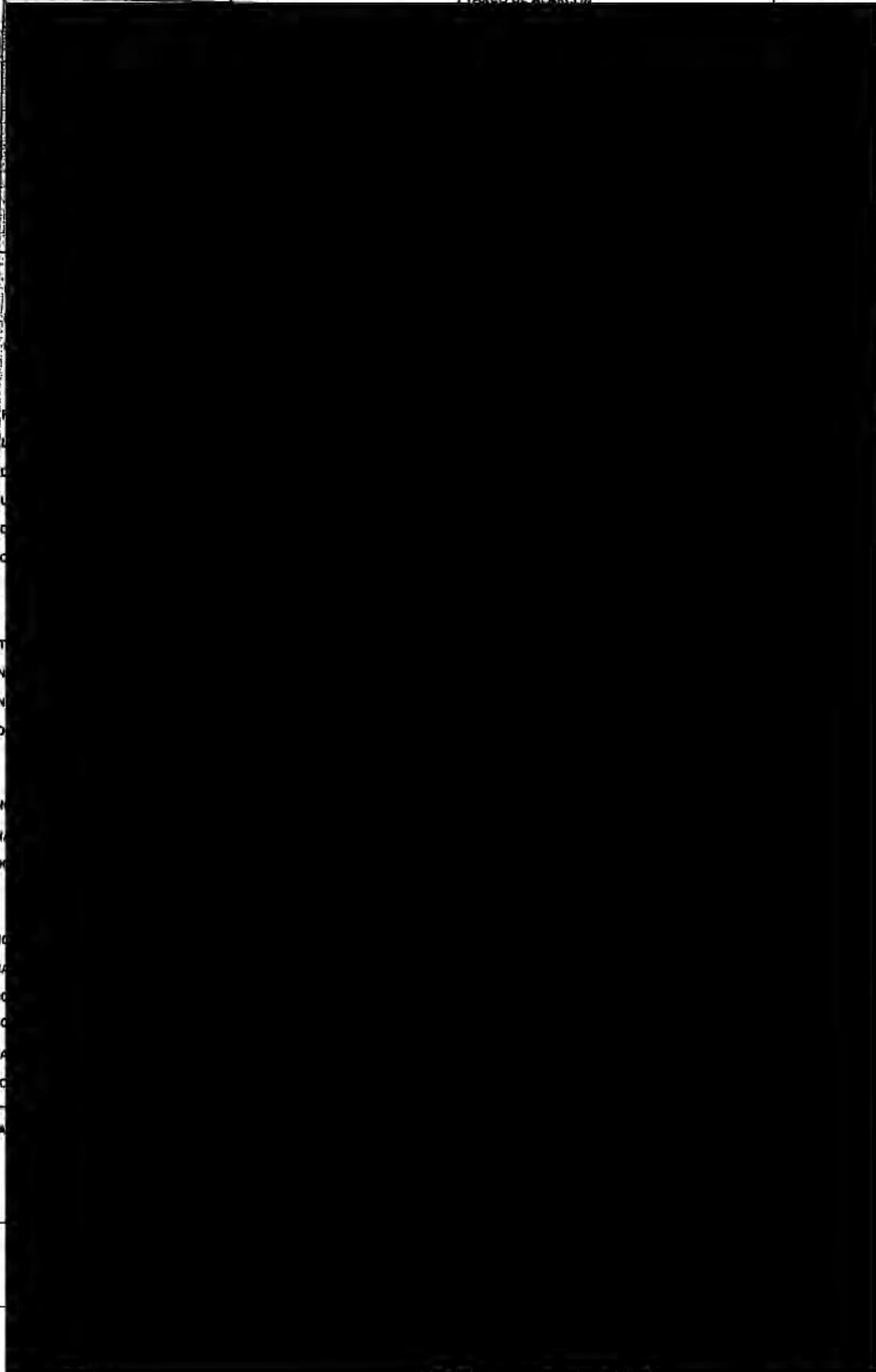
ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 13 DE JULIO DE 2016
LIBRO 02	ACTA No. 00240

LOCALIDAD
TAXCO DE ALARCON

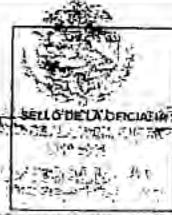
545294



SECRETARÍA DE GOBIERNO

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
JOSE LUIS BARRIOS JURADO

FIRMA



INTERESADO

856

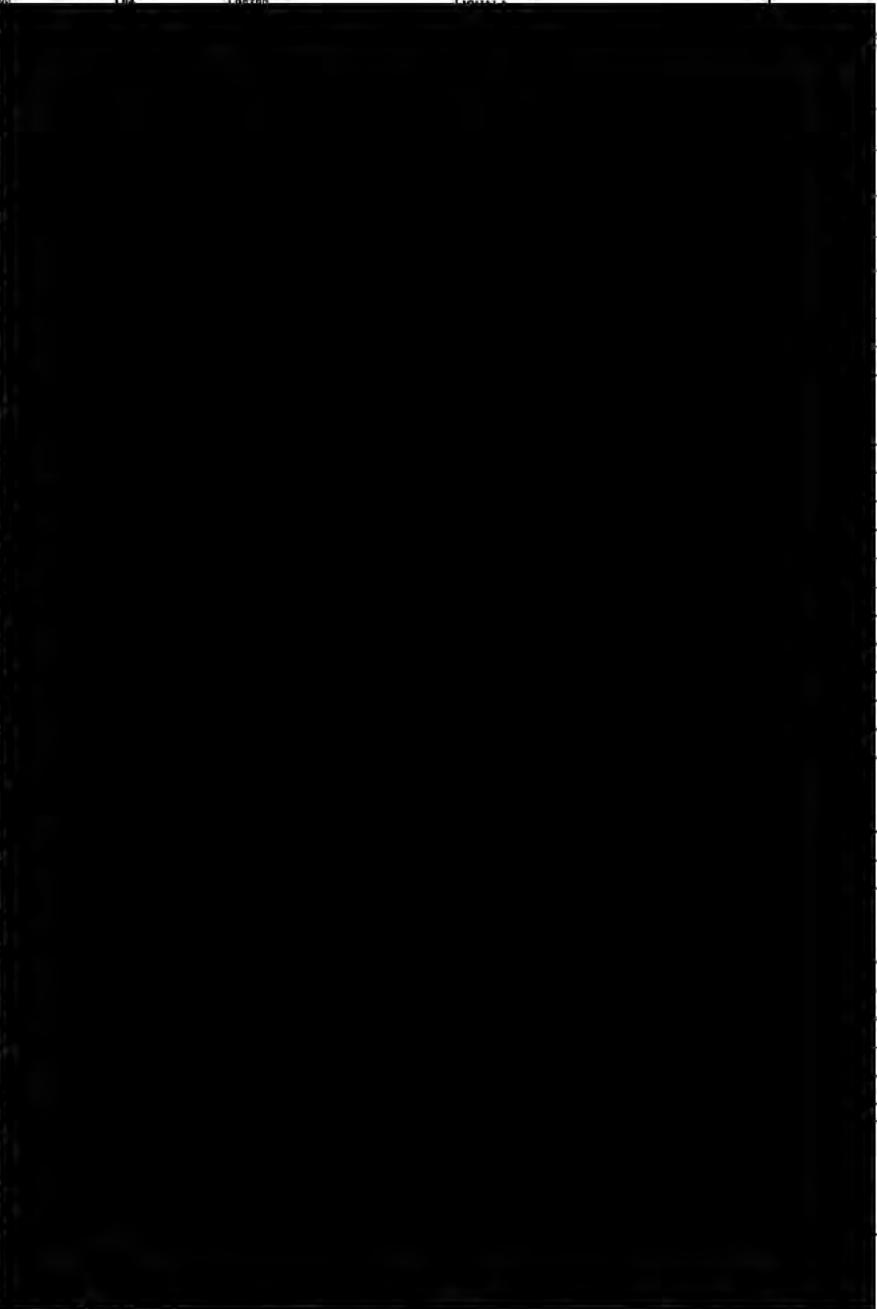
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 29 DE JULIO DE 2016	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No. 06700	

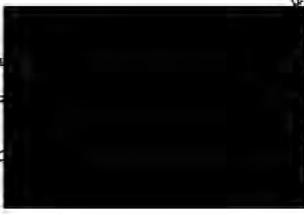
45362



GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES ELLOS INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL COMISARIO No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
C/O: ANOLU ZAMBRANO HERNANDEZ



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
SELLO DE LA OFICIALIA
AYUNTAMIENTO
INSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA GRD
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2016

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

160278176

857

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO. ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA EMITIR SEGÚN LA ALINEA

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio o delegación

DEL REG.

34.1 Nombre

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

858

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO 20 DE JULIO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 24	ACTA No. 00787	ENTIDAD FEDERATIVA

545369

[REDACTED]

FALLECIMIENTO

[REDACTED]

DECLARANTE

[REDACTED]

TESTIGOS

[REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[REDACTED]

INTERESADO

GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

[Redacted area]

[Redacted area]

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina 2

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5

Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

DEL FALLECIDO

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
 NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE ATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160265697

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



860

ESTADO	GUERRERO	FECHA DE REGISTRO	20 DE JULIO DE 2018
MUNICIPIO	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LIBRO	ACTA No. 09703
LOCALIDAD		IGUALA	
ENTIDAD FEDERATIVA		GUERRERO	

515355

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR DE DEFUNCION: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: HOGAR
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]
 UBICACION: DEPARTAMENTO DE GUERRERO
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: M.S. L. [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO H

[REDACTED]

REGISTRO CIVIL
SECRETARIA DE INTERIOR
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
2018

INTERESADO



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160278177

261

LA PRIMERA COPIA ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACÉDUCO DE DEFUNCIÓN. SI EL ACÉDUCO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERENOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL JEFÉ DE LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁ PROTEGIDO CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160278177

DEL REG. CIVIL		DEL CERTIFICANTE		DEL INF.		MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS												DE LA DEFUNCIÓN												DEL FALLECIDO																					
33.1 Acta Num.		33.2 Oficialia o Juzgado		34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Día		Mes		Año																																					

ATENCIÓN. EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

862



ESTADO	GUERRERO	FECHA DE REGISTRO	28 DE JULIO DE 2016
MUNICIPIO		ACTA No.	00725
		LOCALIDAD	IGUALA

6217



DECLARANTE



PRESENTE REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL
LIC. MANOL



GUERRERO
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

INTERESADO

Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

864

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 6	FECHA DE REGISTRO 28 DE JULIO DE 2018	
LIBRO 04	ACTA No. 00718	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO CIUDAD DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA COAHUILA

[Redacted content]

[Redacted content]

DECLARANTE

[Redacted content]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[Redacted signature]

FIRMAS

DECLARANTE

[Redacted signature]



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL
LIC. MANOL

[Redacted signature]



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

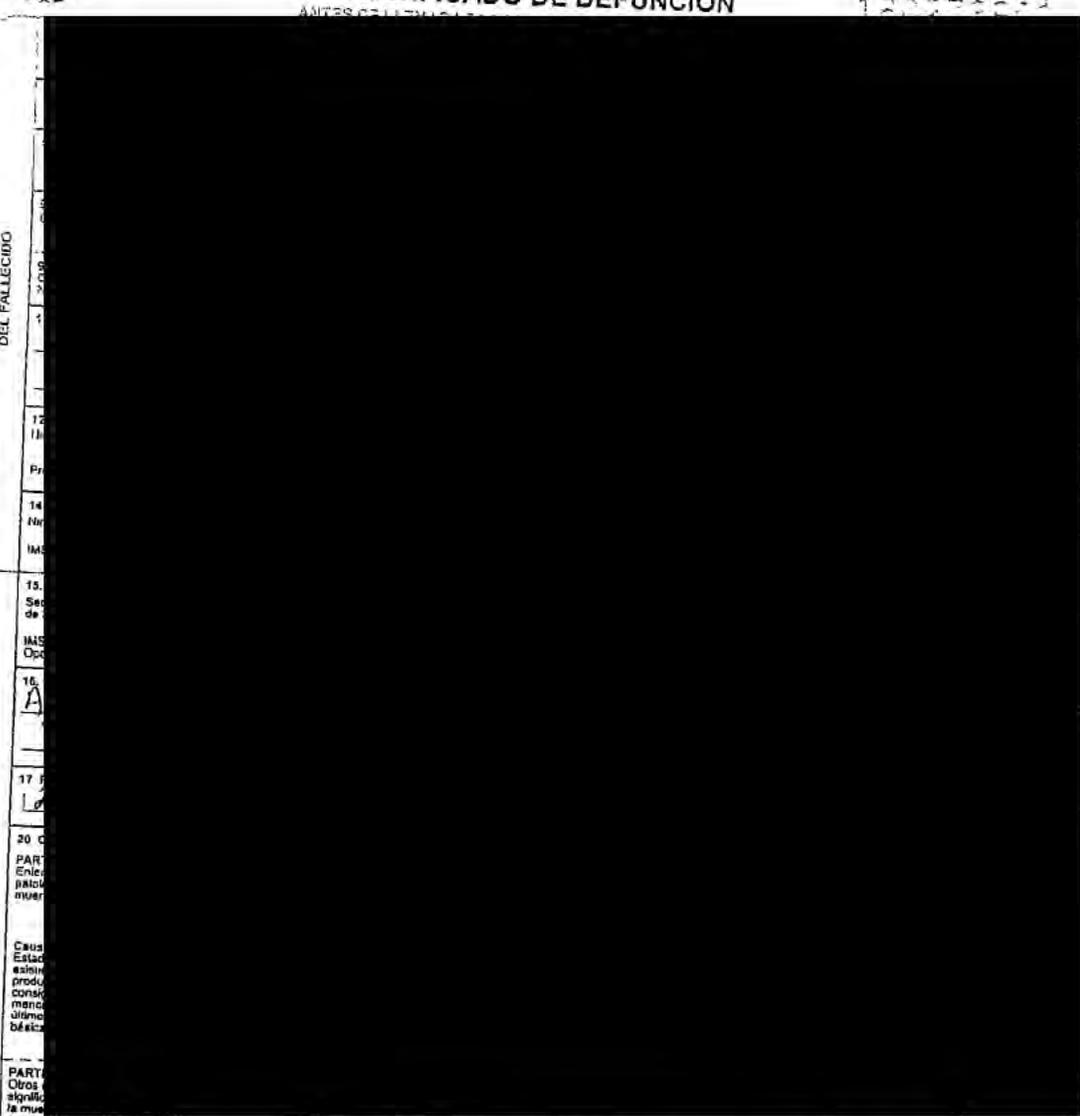
865



LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ES MÁS PRONTO QUE EN LA LEY DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO



22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 4

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 3

23.3 Si lo dice ocurrió la lesión:

Vivienda particular 1 Área deportiva 3 Área industrial (fábrica u obra) 5

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o caminata (vía pública) 4 Granja (ranchito o parcelita) 7

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5 Otro 6

Se ignora 9

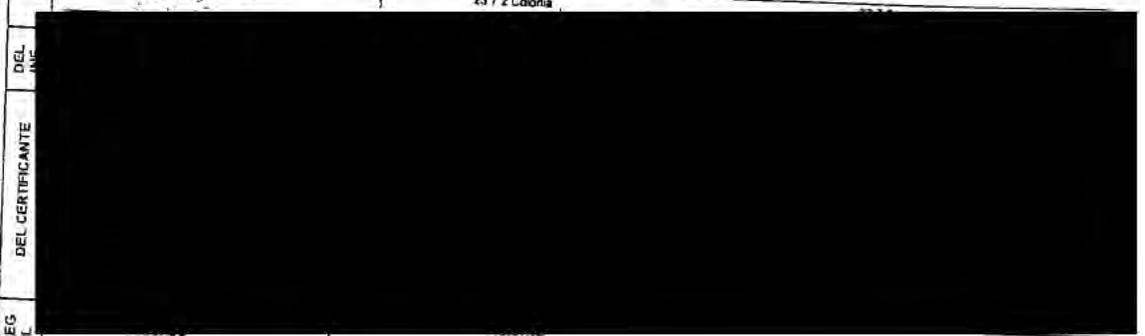
23.4 ¿Qué personaje(s) se presume agresor con el/los lesionado(s)?

23.5 La defunción fue registrada en el Almirante Público con el acta número

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión

23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número: 2372 Colonia



DEL REG CIVIL

34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa



160273901

866



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

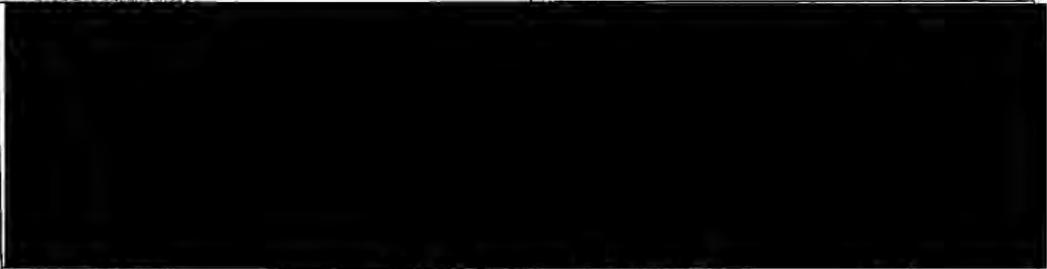


520220

OFICIALIA 01 / FECHA DE REGISTRO 29 DE JULIO DE 2016
LIBRO 04 / ACTA No. 00728

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA



(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

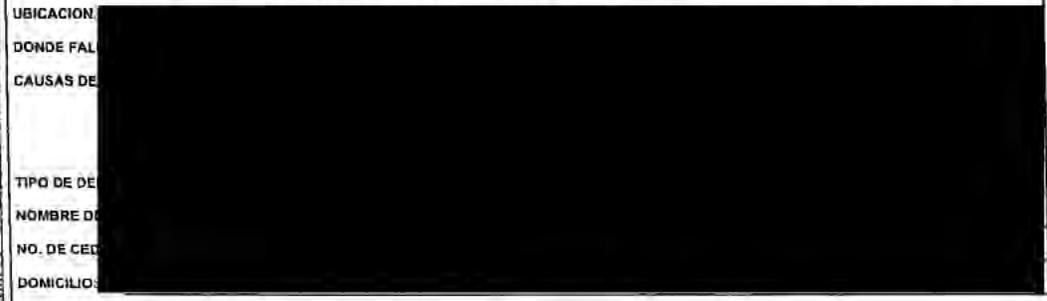
NOMBRE DEL CONYUGE
NOMBRE DEL PADRE
NOMBRE DE LA MADRE

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: 23 DE JULIO DE 2016 HORA: 00:00

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: 160276797

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATRIO: ANTIGUO MUNICIPAL



UBICACION
DONDE FALTO
CAUSAS DE FALLECIMIENTO
TIPO DE DEFUNCION
NOMBRE DEL DEFUNTO
NO. DE CEDULA
DOMICILIO DEL DEFUNTO
DECLARANTE
NOMBRE DEL DECLARANTE
NACIONALIDAD DEL DECLARANTE
DOMICILIO DEL DECLARANTE
NOMBRE DEL DECLARANTE
NACIONALIDAD DEL DECLARANTE
DOMICILIO DEL DECLARANTE

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL 3. ACTA ADMINISTRATIVA: 96001AA04822016.
OFICIO NUMERO 1923. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 24 DE JULIO DE 2016.



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL MOMENTO DE SU INTERVENCIÓN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL EN JEFE DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE OFICIALIA
AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

867

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. CURP [REDACTED]

3. SEXO: Se ignora 99 Hombre 01 Mujer 02

4. NACIONALIDAD: Mexicana 01 Otra 02

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 01 No 02

6. PESO [REDACTED]

7. TALLA [REDACTED]

8. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

DEL FALLECIDO

[REDACTED]

Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09

15.1 Nombre de la institución [REDACTED] Via 01 Otro 02

DE LA DEFUNCIÓN

[REDACTED]

significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN-CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04
 El parto 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05
 El puerperio 03

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 01 No 02

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

CAUSAS ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto:
 Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 01 No 02 Se ignora 09

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02
 Área deportiva 03 Calle o carretera (vía pública) 04 Área comercial 05
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granja (rancho o parcela) 07 Otro 08

23.4 ¿Dio parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? SI 01 No 02

[REDACTED]

23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 [REDACTED]

DEL CERTIFICANTE

[REDACTED]

DEL REG. CIVIL

ENTREGUE ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA DETENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

868



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 3.

ACTA ADMINISTRATIVA: 06001AA04822016
OFICIO NÚMERO: 9923

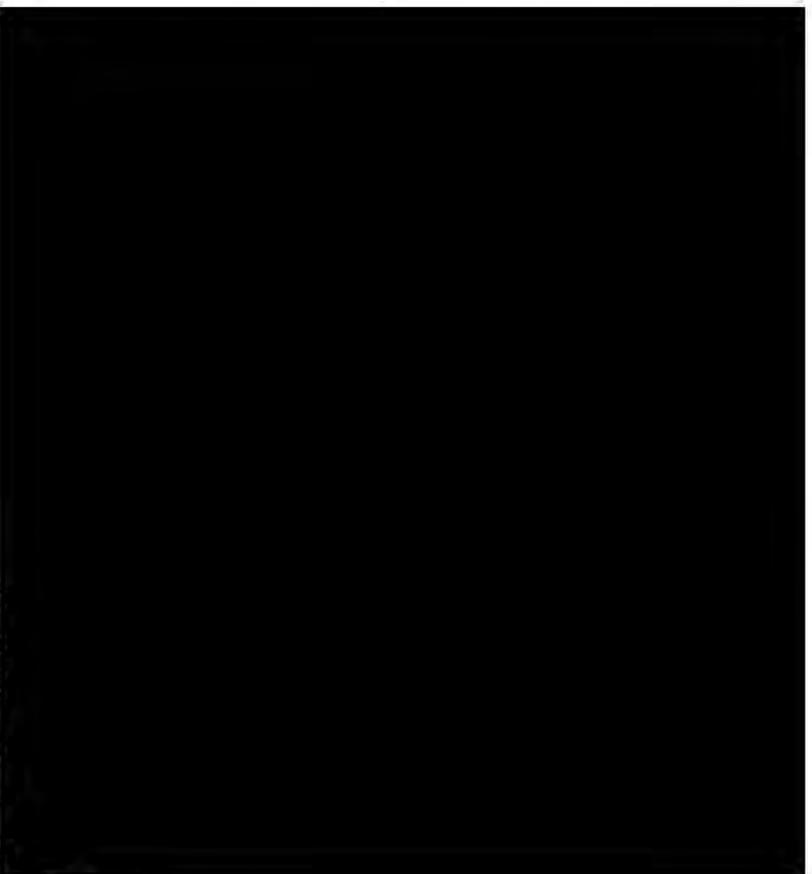
ASUNTO: Se solicita Registro de Defunción.

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (24) VEINTICUATRO DIA(S) DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL DIECISEIS

C. Oficial del Registro Civil.
Iguala, Guerrero.
Presente.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo masculino, que fue encontrado privado de la vida, el día 23 de Julio del 2016, sobre el jardín del monumento a la bandera, frente a la tienda de ropas [redacted] ubicada en calle [redacted]

Nombre:
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Estado civil:
Instrucción:
Ocupación:
Originario:
Nacionalidad:
Domicilio actual:



Padres:
Lugar y fecha de muerte:

Causa de muerte:

Doctor que [redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

UNIDAD DE INTEGRAL 3. DR. HIDALGO
38V1598V2016L3524348N2016
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

869

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESPECIALIA A 2	FECHA DE REGISTRO 28 DE JULIO DE 2018	
MUNICIPIO 04	ACTA No. 00713	LOCALIDAD ICHALA

28211

[Redacted]

FALLECIMIENTO

[Redacted]

DECLARANTE

[Redacted]

[Redacted]

PRESENTO REQUISITOS.

[Redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MAHOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[Redacted]



INTERES:ROC



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

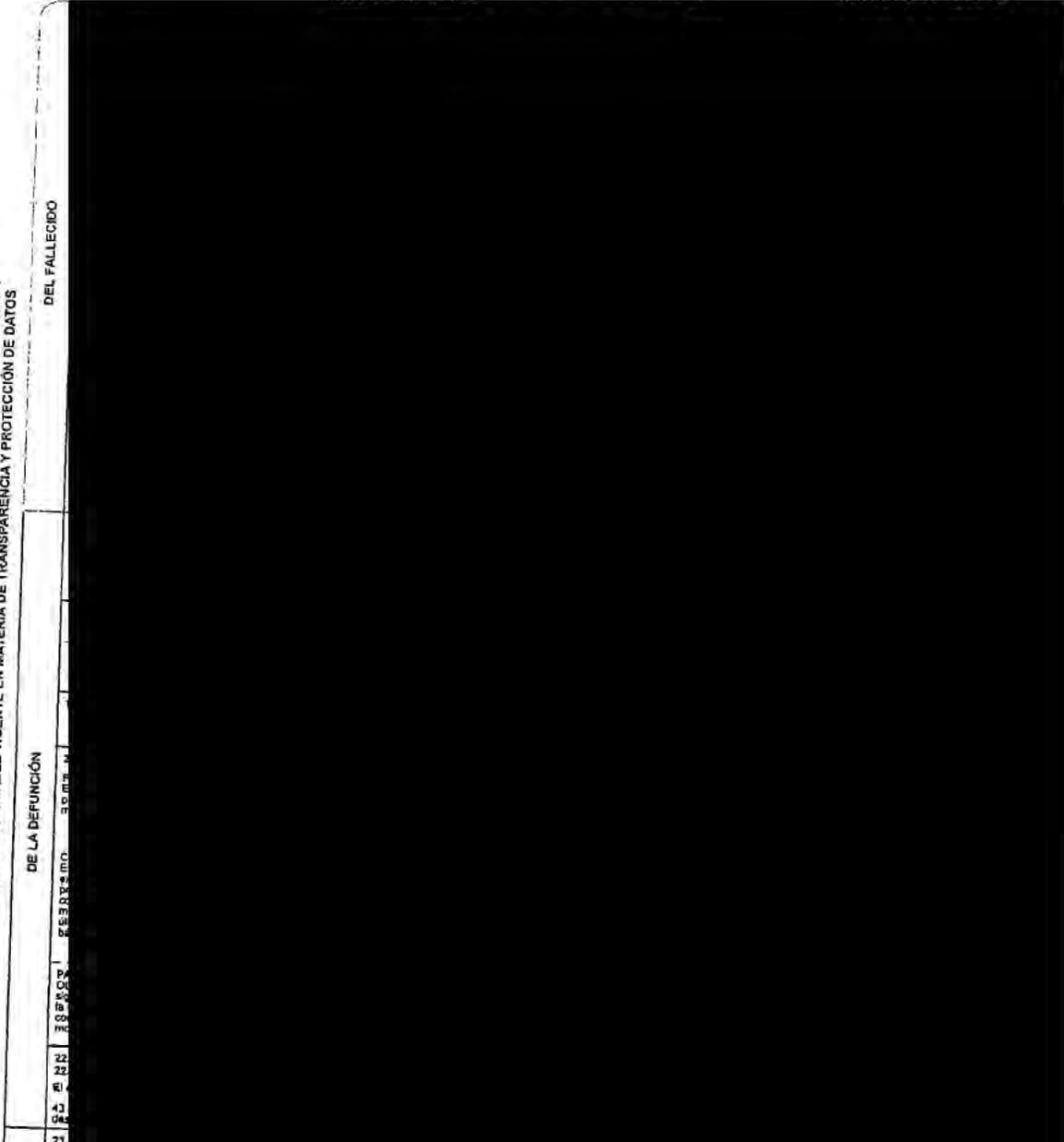
Modelo 2016
FOLIO

160272024

870

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



<p>23.1 Fue un presunto</p> <p>Accidente <input type="radio"/>1 Homicidio <input type="radio"/>2</p> <p>Suicidio <input type="radio"/>3 Se ignora <input type="radio"/>9</p>		<p>23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</p> <p>Si <input type="radio"/>1 No <input type="radio"/>2</p> <p>Se ignora <input type="radio"/>9</p>		<p>23.3 ¿Ocurrió en la siguiente situación?</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/>0</p> <p>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>1</p> <p>Escuela u oficina pública <input type="radio"/>2</p>		<p>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?</p>	
		<p>Área deportiva <input type="radio"/>3</p> <p>Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>4</p> <p>Área comercial o de servicios <input type="radio"/>5</p>		<p>Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>6</p> <p>Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>7</p> <p>Otro <input type="radio"/>8</p> <p>Se ignora <input type="radio"/>9</p>			



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INTERESADO

DEL CERTIFICANTE

DEL REGISTRO CIVIL

SECRETARÍA DE SALUD 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9
 IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDEHA 6 Otra Unidad pública 8

Vía pública 10 Otro lugar 12
 Hogar 11 Se 13

15.1 Nombre de la unidad médica

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 SI 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto
 Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

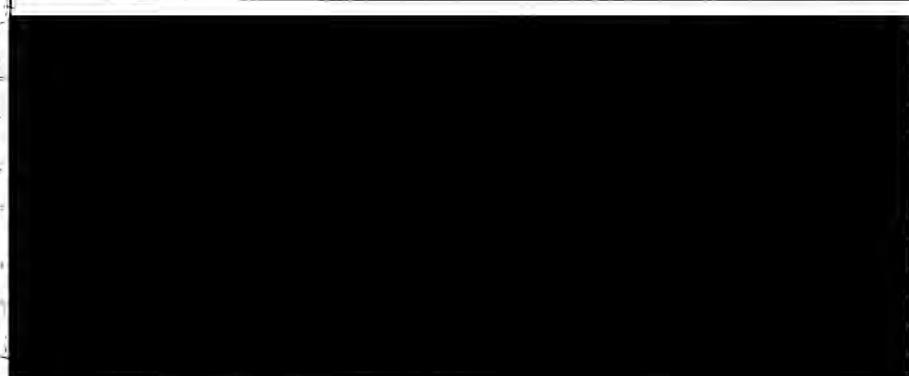
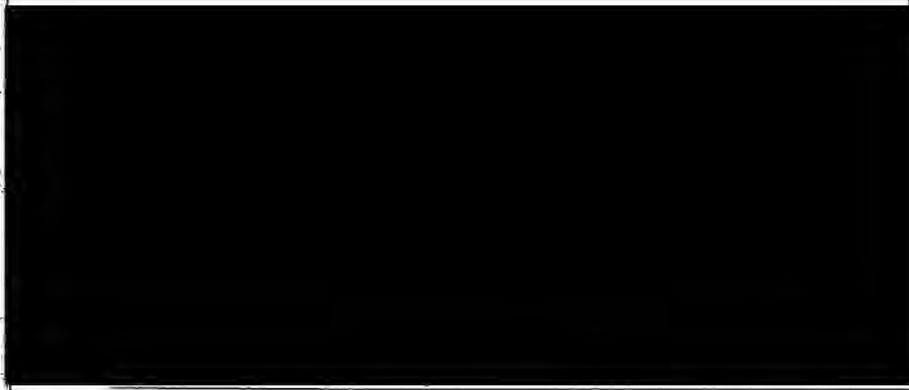
ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

873



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 01 DE AGOSTO DE 2018	
LIBRO 04	ACTA No. 00715	LOCALIDAD IGUALA



LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS



TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA





FGR

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

FISCALÍA ESPECIALIZADA EN
MATERIA DE DERECHOS HUMANOS
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA
AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

875

CONSTANCIA DE CIERRE DE ACTUACIONES
PARA EL CORRESPONDIENTES AL TOMO NÚMERO 794
AYOTZINAPA

--- En la Ciudad de México, siendo el día Diecinueve de Agosto
de dos mil diecinueve, el suscrito Licenciado [REDACTED], Agente del
Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos de la
Fiscalía General de la República, quien con fundamento en los artículos 21 y 102 apartado A de la
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los artículos artículo 16, 206 y
208 del Código Federal de Procedimientos Penales, acompañado en forma legal con dos testigos
de asistencia que al final firman para debida constancia de lo actuado: -----

HACE CONSTAR

--- Que siendo la fecha arriba indicada estando plenamente constituidos en las instalaciones
que ocupa esta Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, se procede
a cerrar el tomo consecutivo número 794 (Setecientos Noventa y Cuatro),
mismo que consta de 875 (Ochocientos Setenta y Cinco) fojas, constataciendo
la correspondiente a la presente constancia. Lo anterior, por ser necesario para la debida
integración y manejo del expediente de mérito. -----

CONSTE

TESTIGOS DE ASISTENCIA