FGR

TRIPLICADO
TOMO DCCXCVI

FONDO	FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ADMINSTRATIVA	FISCALÍA ESPECIALIZADA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS
ÁREA RESPONSABLE	UNIDAD DE ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA
RESPONSABLE DEL CONTROL DE EXPEDIENTES	LIC. [redacted]
CLAVE Y NOMBRE DE LA SECCIÓN	AVERIGUACION PREVIA
CLAVE Y NOMBRE DE LA SERIE	
CLAVE Y NOMBRE DE LA SUBSERIE (OPCIONAL)	
CLAVE Y NOMBRE DEL EXPEDIENTE	AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

ACCESO

PÚBLICO	SI		NO	X
INFORMACIÓN RESERVADA	SI	X	NO	
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	SI	X	NO	
RESTRINGIDO DURANTE SU VIGENCIA	SI	X	NO	

RESUMEN DEL CONTENIDO

LA DOCUMENTACIÓN DEL PRESENTE EXPEDIENTE SE INTEGRA CON LAS DIVERSAS ACTUACIONES PRACTICADAS E INFORMACIÓN RECABADOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL DELITO QUE SE INVESTIGA.

FECHAS EXTREMAS

AÑO DE APERTURA EXPEDIENTE: 2015

FORMATO Ó SOPORTE

PAPEL X | FOTOGRAFIAS | LIBROS | DISQUETES | CD ROM | ENGARGOLADO

VIDEO | OTRO (S) | DESCRIBIR

VALOR DOCUMENTAL

ADMINSTRATIVO	
LEGAL	X
CONTABLE	

CARÁCTER FUNCIONAL

TÉCNICO SUSTANTIVO	X
DE GESTIÓN INTERNA	

PLAZO DE CONSERVACIÓN

VIGENCIA COMPLETA	AÑOS
ARCHIVO DE TRÁMITE	AÑOS
ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN	AÑOS

CONFORMACIÓN

NÚMERO DE LEGAJOS	796
NÚMERO DE FOJAS	

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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

CONSTANCIA DE APERTURA DE ACTUACIONES
CORRESPONDIENTES AL TOMO NÚMERO 796

--- En la Ciudad de México, siendo el día Diecinueve de Agosto de dos mil diecinueve, el suscrito Licenciado [redacted] Agente del Ministerio Publico 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 el artículo 16 del Código Federal de Procedimientos Penales actúa en forma legal con dos testigos de asistencia que al final firman para debida constancia de lo actuado: ----------

---

---------- **H A C E C O N S T A R** ----------

--- Que siendo la fecha citada con anterioridad se procede a dar inicio al tomo número 796 (Setecientos Noventa y Seis), de la Averiguación Previa al rubro citada, lo anterior para efectos de un mejor manejo del mismo y en atención al número consecutivo correspondiente, el cual comenzará con la foja número **1 (uno)** la cual corresponde a la presente constancia, situación que se hace constar para los efectos legales que correspondan, por lo que no habiendo nada más que hacer constar por el momento se da por terminada la presente diligencia. ----------

---------- **C O N S T E** ----------

[redacted]

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

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[redacted]

LIC. [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEON MUNICIPAL 2

PRIMERA

AMPLIACION

19 Agosto Martha

• $20143

• "SEPTIEMBRE"

Tomo I 1ª. Ampliación

LA REPÚBLICA
TIGACIÓN
PARA EL CASO
LINARIA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

3

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	12 DE SEPTIEMBRE DE 2014
LIBRO 05	ACTA No. [redacted]

LOCALIDAD: IGUALA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 09:15

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: 140298644

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: PANTEON MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---------

DONDE FALLECIO: [redacted]

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

B) B) [redacted]

C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

CED. PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: BLVD. H. COLEGIO MILITAR NO.3 COL.CENTRO. IGUALA, GRO.

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.

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 [redacted] FIRMA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

INTERESADO

ACTA DE DEFUNCION

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA
SUBPROCURADURIA DE INVESTIGACION
FISCALIA ESPECIAL PARA EL CASO
IGUALA-CUAUTLA-TZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

4

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY 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)
[redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP [ ] 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 . 0 0 Gramos

7. TALLA [redacted] Metros . [redacted] Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO [redacted] Día 0 [redacted] Mes [redacted] 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○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)

[redacted] 11.1 Calle y número; [redacted] 11.2 Colonia; IGUALA 11.3 Localidad

IGUALA 11.4 Municipio o delegación; GUERRERO 11.5 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 [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]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted] 15.1 Nombre de la unidad médica
IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ⊗4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] 16.1 Calle y número; CENTRO 16.2 Colonia; IGUALA 16.3 Localidad

IGUALA 16.4 Municipio o delegación; GUERRERO 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [redacted] Día Mes Año; 0 9 Horas : 1 5 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	4 días	
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) b) [redacted]	48 días	
	Debido a (o como consecuencia de) c) [redacted]	48 días	
	Debido a (o como consecuencia de) d) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted] XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	48 días / XXXXXX	

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

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? Sí ○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: XXXXXXXXXXXXX

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

5

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

- 2014

...AL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...N PARA EL CASO
...TZINAPA

- "OCTUBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

Acciones Reales

6

IGUALA, GRO., A 08 DE OCTUBRE DEL 2014.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. FUNERALES CELESTIAL.

CON DOMICILIO Av. BANDERA NACIONAL #82.

TEL. No. 1102CE1

LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted], LA PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LIMITE DE: DOS DIAS HABILES.

PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA DEPARTAMENTO PANTEONES 2012 - 2015

ATENTAMENTE

[redacted]

018

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
FISCALIA ESPECIAL PARA EL CASO
IGUALA-TZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

[redacted]

7

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 PERMISO DE INHUMACIÓN

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.

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO

1. SEXO: Hombre ● 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9
2. EDAD GESTACIONAL: [redacted] Semanas
3. PESO: 970 Gramos
4. DE UN EMBARAZO: Único ● 1 Gemelar ○ 2 Tres o más ○ 3
5. ATENCIÓN PRENATAL: 5.1 Recibió atención prenatal: SI ○ 1 No ● 2
5.2 Total de consultas recibidas: 0
6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal ● 1 Complicado ○ 2
7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto ○ 1 Durante el parto ○ 2
7.1 Estado de la piel del producto: Fresca (Normal) ○ 1 Macerada ○ 2
8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: [redacted] Día Mes Año — 06 : 10 Horas Minutos
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN
[redacted] 9.1 Calle y número
Igual 9.2 Colonia
Igual 9.3 Localidad
Igual 9.4 Municipio o delegación
Guerrero 9.5 Entidad federativa
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: 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 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99
[redacted] 10.1 Nombre de la unidad médica
10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?: Médico gineco-obstetra ○ 1 Otro médico ● 5 Enfermera ○ 2 Partera ○ 3 Otro ○ 4 Se ignora ○ 9
12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE: Espontáneo ○ 1 Provocado ○ 2 Terapéutico ○ 3 Se ignora ○ 9
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Parto vaginal espontáneo ● 5 Cesárea ○ 1 Fórceps ○ 2 Se ignora ○ 9 Otro ○ 4 Especifique
14. VIOLENCIA: 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? SI ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9
14.2 ¿Qué parentesco tiene el presunto agresor con la madre?

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Especifique si la causa fue: MATERNA	FETAL	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte	a) [redacted]	I.a ○ 1	○ 2	
Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a) mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de)	I.b ○ 1	○ 2	
	c) Debido a (o como consecuencia de)	I.c ○ 1	○ 2	
	d)	I.d ○ 1	○ 2	
PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		II.1 ○ 1	○ 2	
		II.2 ○ 1	○ 2	

Uso exclusivo del personal codificador — 16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

DATOS DE LA MADRE

17. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) — INVESTIGACION [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno
18. CURP: [redacted] Se ignora ○ 99
19. NACIONALIDAD: Mexicana ● 1 Otra ○ 2 Se ignora ○ 9
20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: SI ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9
21. EDAD: 17 Años
22. ESTADO CONYUGAL: En unión libre ○ 4 Separada ○ 6 Divorciada ○ 3 Viuda ○ 2 Soltera ○ 1 Casada ● 5 Se ignora ○ 9
23. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive la madre
[redacted] 23.1 Calle y número
[redacted] 23.2 Colonia
Igual 23.3 Localidad
Igual 23.4 Municipio o delegación
Guerrero 23.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)
24. 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
25. OCUPACIÓN [redacted] Se ignora ○ 99
25.1 Trabaja actualmente SI ○ 1 No ● 2 Se ignora ○ 9
26. 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 ○ 9
26.1 Número de seguridad social o afiliación [redacted]
27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO
27.1 Número de nacidos vivos:
27.2 Número de nacidos muertos:
28. ¿VIVE LA MADRE?: SI ● 1 No ○ 2
28.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:

DEL INF.

29. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno
30. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ 1 Médico legista ○ 2 Otro médico ● 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Autoridad civil ○ 5 Otro ○ 8
32. SI EL CERTIFICANTE [redacted] Número de la cédula profesional
33. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno
34. DOMICILIO
[redacted] 34.1 Calle y número
Centro 34.2 Colonia
Igual 34.3 Localidad
Igual 34.4 Municipio o delegación
Guerrero 34.5 Entidad federativa
35. TELÉFONO
36. FIRMA [redacted]
37. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

OFICIALIA 01 REGISTRO CIVIL H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO 2012 - 2015

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

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Fracc. I LFTAIP Motivación 2

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.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

8

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted]

2. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

3. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 Se ignora ○9

4. PESO: [redacted] Kilogramos . 500 Gramos

5. TALLA: [redacted] Metros Centímetros

6. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] 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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○9

8. ¿Recibió atención médica durante su última enfermedad? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: ___

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. [redacted] anente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: Iguala

11.2 Colonia: Centro

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted] +624; IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8

15.1 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [redacted]

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala

16.2 Colonia: Centro

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Año; 19 Horas : 05 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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	[redacted]		
a)	[redacted]	3 días	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. b) (o como consecuencia de)	[redacted]	3 días	
c)	[redacted]	15 días	
d)			
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	23 años	
	[redacted]	23 años	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRE[redacted]

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

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? Sí ○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

DEL INF.

24. NOM[redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADO 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

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

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. 01 Libro Núm. 05

33.1 Acta Núm. 00950

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: IGUALA

34.2 Municipio o delegación: IGUALA GUERRERO

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art.113 Fracc.1 LFTAIP 2014

9

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION [redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO 05	ACTA No. [redacted]

LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 19:05

LUGAR: CLINICA IMSS CERTIFICADO NO.: 140299359

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: PANTEON NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ____

DONDE FALLECIO: CARRETERA NACIONAL MEXICO-ACAPULCO KM.196 COL.CENTRO. IGUALA, GRO.

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]

B) B [redacted]

C) C [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: CARR. NACIONAL MEX-ACAP. KM.196 COL.CENTRO. IGUALA, GRO.

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

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 [redacted] SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

[redacted]

Grupo GR DEFUNCION RACIA TO

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
Memorándum

IGUALA
2012 - 2015

Acciones Reale

IGUALA, GRO., A 31 DE OCTUBRE DE 2014

C. [redacted]
ADMINISTRADOR
PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE SE COMUNICO A USTED QUE SE AUTORIZA A [redacted], CON DOMICILIO EN [redacted], COLONIA [redacted], DE ESTA CIUDAD, UN ESPACIO DE LA FOSA COMUN DE SU AREA DEL PANTEON MUNICIPAL, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA A LA PERSONA QUE EN VIDA SE LLAMO [redacted], YA QUE SON PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS.

SIN MAS QUE COMUNICARLE RECIBA USTED UN CORDIAL SALUDO.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. DEPARTAMENTO PANTEONES 2012 - 2015

ATENTAMENTE
JEFE DEL [redacted]

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
Memorándum

IGUALA
2012 - 2015

Acciones Reale

IGUALA, GRO., A 31 DE OCTUBRE DEL 2014

C. [redacted]
ADMINISTRADOR
PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE, A PETICION DEL (A) C. [redacted], SE CONDONA EL PAGO DE INHUMACION Y EXHUMACION PARA LA FOSA DE LA PERSONA QUE EN VIDA SE LLAMO, [redacted] QUE SERA SEPULTAD( ) EN [redacted], DEL PANTEON MUNICIPAL, DE ESTA CIUDAD, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA.

SIN MAS POR EL MOMENTO Y AGRADECIENDO DE ANTEMANO SU APOYO LE ENVIO UN CORDIAL SALUDO.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. DEPARTAMENTO PANTEONES 2012 - 2015

ATENTAMENTE
[redacted]

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

11

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

$20143

L DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
OTZINAPA

"NOVIEMBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

12

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): [redacted]

2. CURP: [redacted] 99

3. SEXO: Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1 Otra 2 Se

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO: [redacted] Kilogramos . 0000 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 01 [redacted] Años cumplidos; Se ignora

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) 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)

[redacted]

11.1 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: Iguala 11.3 Localidad

Iguala de la Independencia 11.4 Municipio o delegación: Guerrero 11.5 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 8 Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora

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
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

[redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] 16.1 Calle y número: Centro 16.2 Colonia: Iguala 16.3 Localidad

Guerrero 16.4 Municipio o delegación: Guerrero 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 0012 Horas; 2147 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

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]		
	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) [redacted]	11 años	
	c) Debido a (o como consecuencia de)	25 años	
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	6 años	

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? 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente 1 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 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 ella) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue reportada al Ministerio Público con el 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: [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 8

27. [redacted] Número de la cédula profesional

29. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA 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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

13

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
35	[redacted]	[redacted]	- - - - - - - - -	- - - - - - - - - -	[redacted]

LOCALIDAD	MUNICIPIO O DELEGACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA
CENTROS HOSPITALARIOS	ACAPULCO de JUAREZ	GUERRERO

DATOS DEL FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE (S)) NUREM (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMENINO ( ) ESTADO CIVIL: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

EDAD: [redacted] AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: [redacted]

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

NOMBRE DEL CONYUGE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [redacted] (NOMBRE (S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) - - - (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: [redacted] CURP: - - - - - - - - - - - - - - - -

NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] (NOMBRE (S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: CURP: -

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [redacted] 20:15 HRS. LUGAR: ACAPULCO GUERRERO

No. DE CERTIFICADO: 120276008 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACIÓN (X) CREMACIÓN ( )

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO: TRASLADO A PANTEON M.PAL. DE IGUALA GUERRERO

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: [redacted] ACAPULCO GRO.

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: [redacted]

2 DIAS. [redacted] 2 DIAS.

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [redacted]

No. DE CÉDULA PROFESIONAL: [redacted]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [redacted] PARENTESCO: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted] AÑOS.

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES: OCUPACION: [redacted]

DOY FE: C. [redacted]

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO,

EN ACAPULCO GUERRERO A LOS 03 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2014 DOY FE.

C. [redacted]

NOMBRE Y FIRMA

OFICIALIA No. 35 CENTROS HOSPITALARIOS

SELLO [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ○ 1 No ⊗ 2 Se ignora ○ 9

6. PESO: 315 Kilogramos 010 Gramos

7. TALLA: [redacted] Metros [redacted]

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 [redacted] Año; 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) ○ 6 Divorciado(a) ○ 3 Viudo(a) ○ 2 Soltero(a) ○ 1 Casado(a) ○ 5 Se ignora ○ 9

11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio: [redacted] (Calle y número)

11.2 Colonia: CENTRO

[redacted]

11.3 Localidad

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria incompleta ○ 2 Primaria completa ○ 3 Secundaria incompleta ○ 4 Secundaria completa ○ 5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○ 11 Bachillerato o preparatoria completa ○ 6 Profesional ○ 7 Posgrado ⊗ 10 Se ignora ○ 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○ 99

13.1 Trabajaba: SI ○ 1 No ⊗ 2 Se ignora ○ 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ⊗ 1 IMSS ○ 2 ISSSTE ○ 3 PEMEX ○ 4 SEDENA ○ 5 SEMAR ○ 6 Seguro Popular ○ 7 IMSS Oportunidades ○ 10 Otra ○ 8 Se ignora ○ 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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: SANATORIO SAGRADO CORAZON DE JESUS

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar ○ 11 Se ignora ○ 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ [redacted] (Calle y número)

16.2 Colonia: GUERRERO

16.3 Localidad: ACAPULCO

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Horas 20:15 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○ 1 No ⊗ 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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	[redacted]	15 MIN.	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de): [redacted]	2 DIAS	
	c) Debido a (o como consecuencia de): [redacted]	2 MESES	
	[redacted]	2 DIAS	
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

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: Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 2 Escuela u oficina pública ○ 3 Área deportiva ○ 4 Calle o carretera (vía pública) ○ 5 Área comercial o de servicios ○ 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 7 Granja (rancho o parcela) ○ 8 Otro ○ 9 Se ignora ○ 99

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

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. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. [redacted]: 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: 1738395 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: [redacted]

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: CALZ. PIE DE LA CUESTA 88 FRACC. MOZIMBA

31. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 35 Libro Núm. 1 2015

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

33.1 Acta Núm. [redacted]

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 [redacted]

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.

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

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE ACAPULCO DE JUÁREZ, GRO. OFICIALÍA No. 38 DEL REGISTRO CIVIL CENTRO HOSPITAL S.S.

LA REPÚBLICA

INVESTIGACIÓN

PARA EL CASO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2014
FOLIO [redacted]

15

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
[redacted] (Nombre(s)) [redacted] [redacted] (Apellido materno)

2. CURP
[redacted]

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9 | 4. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 Se ignora ○

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 30 Kilogramos . 000 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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ●1 Casado(a) ○5 Se ignora ○

11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
[redacted] 11.1 Calle y número | [redacted] 11.2 Colonia
Iguala de la Independencia 11.3 Localidad
11.4 Municipio o delegación
Guerrero 11.5 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 [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

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
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12
Hogar ●11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
[redacted] 16.1 Calle y número | 16.2 Colonia
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 16.4 Municipio o delegación
GUERRERO 16.3 Localidad
16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
[redacted] Día Mes Año | 14:00 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

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)		
	c) [redacted]		
	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 ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 42 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

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? 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 Granja (rancho o parcela) ○7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Otro ○8 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)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [redacted] 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

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO [redacted] 16

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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 ○

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 30 . 000 (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 [redacted] (Años cumplidos) Se ignora ○

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ●1 Casado(a) ○5 Se ignora ○

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: Iguala de la Independencia

11.4 Municipio o delegación: Iguala 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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 ○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: ___

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica: ___ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

15. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted] 16.2 Colonia: [redacted] 16.3 Localidad: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

16.4 Municipio o delegación: Iguala 16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 14:00 (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

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]		
	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) [redacted]		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) [redacted]		
	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			

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 puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 Durante el embarazo o dentro de los 42 días 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: ___

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 trabajo: Sí ○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 (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: ___

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) Apellido paterno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre Apellido paterno Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA/JUZGADO ___ Núm. ___ Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: ___

Art.113 fracción I LFTAIP Motivación 1

Art.113 fracción I LFTAIP Motivación 2

17

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

- $2013

- "DICIEMBRE"

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
Memorándum

18 018

Acciones Reales

IGUALA, GRO., A 8 DE Diciembre DEL 2014.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. Gonzales Urrostejui
CON DOMICILIO EN Periferico Sur S/N
[redacted], TEL. No. 733-101-32-79
[redacted] EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE:
[redacted] PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS [redacted] SIN RASPADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DE RECIBO DE PAGO DE INHUMACION.
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO POR EXCABACION
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.

CON FECHA LIMITE DE: DOS DIAS HABILES

ATENTAMENTE

C. LIC. [redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

...OS MEXICANOS
...L DE LA REPÚBLICA
...L DE INVESTIGACIÓN
...I PARA EL CASO
...TZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

19

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

- $ 20153
- "ENERO"

...XICANOS
...AL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...ÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

20

INHUMACIONES

Lunes 29, de Diciembre del 2014
Domingo 4, de Enero del 2015

No hubo inhumaciones

att:

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

...L DE LA REPÚBLICA
...L DE INVESTIGACIÓN
...N PARA EL CASO
...OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 13/03/15 Hora 11:2
Recibio LUZ

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES

Lunes 5 de Enero del 2015
Domingo 11 de Enero del 2015

[redacted]
07-01-2015
Funerales Rueda

[redacted]
08-01-2015 [redacted]

[redacted]
10-01-2015 2a. Secc- [redacted]

att:

[redacted]
Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA. GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 13/03/15 Hora 11:21
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

72

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
[redacted]	ACTA No. [redacted]

LOCALIDAD: IGUALA
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: 55 AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 06:22

LUGAR: IMSS CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: PANTEON MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ——

DONDE FALLECIO: [redacted]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) [redacted]
C) ——

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: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA SE EXPIDE CON LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTA DOCUMENTOS.

[redacted] DE LA REPUBLICA [redacted] GACIÓN [redacted] GO

FIRMAS [redacted]

[redacted] FIRMA 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 [redacted] FIRMA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
SELLO DE LA OFICIALIA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

INTERESADO

Gobierno Civil
GRATUITO
DEFUNCIÓN
GRATUITA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2014
FOLIO [redacted]

23

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: [redacted] 99

3. SEXO: Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO: 018 . 1300 (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 015 Años cumplidos; 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) 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 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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: 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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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: HGZ- MF NO. 4

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [redacted]

Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número: [redacted] 16.2 Colonia: [redacted] 16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia 16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 06 : 12 (Horas Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 1 No 2 Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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] Debido a (o como consecuencia de)	10 hrs	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b)	[redacted] Debido a (o como consecuencia de)	7 años	
c)	Debido a (o como consecuencia de)		
d)			
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	7 años	
	[redacted]	7 años	

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 Dentro de los 42 días 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

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 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 ante el Ministerio Público con el acta número

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
FISCALÍA PARA EL CASO AYOTZINAPA

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: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [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 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
2012 - 2015

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
Memorándum

24

Acciones Rea

IGUALA, GRO., A 08 DE Enero DE 2015

C. [redacted]
ADMINISTRADOR la 1a Amp. P.M.
PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE [redacted] CO A USTED QUE SE AUTORIZA A [redacted] CON DOMICILIO EN Calle [redacted], COLONIA [redacted] ESTA CIUDAD, UN ESPACIO DE LA FOSA COMUN DE SU AREA DEL PANTEON MUNICIPAL, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA A [redacted] PERSONA QUE EN VIDA SE LLAMO [redacted], YA QUE SON PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS.

SIN MAS QUE COMUNICARLE RECIBA USTED UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. DEPARTAMENTO DE PANTEONES 2012 - 2015

[redacted]
A
NICIPALES

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00

IGUALA
2012 - 2015

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
Memorándum

Acciones Rea

IGUALA, GRO., A 08 DE Enero DEL 2014.

C. [redacted]
ADMINISTRADOR la 1a Amp. P.M.
PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE, A PETICION DEL (A) C. [redacted] SE CONDONA EL PAGO DE Inhumación [redacted] DE LA PERSONA QUE EN VIDA SE LLAMO, [redacted], QUE SERA SEPULTAD(a) EN Fosa [redacted], DEL PANTEON MUNICIPAL, DE ESTA CIUDAD, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA.

SIN MAS POR EL MOMENTO Y AGRADECIENDO DE ANTEMANO SU APOYO LE ENVIO UN CORDIAL SALUDO.

AL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ON PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. DEPARTA PANT 201

ATENTAMENTE
[redacted]

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

25

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

IGUALA 2012 - 2015

Acciones Reales

IGUALA, GRO., A 11 DE ENERO DEL 2015.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted]

CON DOMICILIO [redacted] TEL. No. [redacted]

LA INHUMACION DE la sra [redacted]

LA PERSONA AUTORIZADA ENTREGA EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO. ✓ 1ra Ap. Municipal

1 COPIA DEL PAGO DE ~~LA LICENCIA~~.

EL USUARIO SE COMPROMETE A A RETIRAR TODO EL Escombro O Tierra. al Terminar la Inhumación.

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO

ATENTAMENTE

[redacted]

C.c.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

...AL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...ÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIÓNES

Lunes 12 de Enero del 2015
Domingo 18 de Enero del 2015

[redacted]
12-01-2015
Funerales Gutierrez

[redacted]
15-01-2015
Exhumacion

[redacted]
15-01-2015
Exhumacion

[redacted]
17-01-2015

L DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZINAPA

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 03/03/15 Hora 11:21
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO [redacted]

27

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] — Apellido materno: [redacted]

2. CURP: [ ] 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: [ ] Kilogramos . [ ] Gramos

7. TALLA: [ ] Metros . [ ] Centímetros

8. [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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted]
11.1 Calle y número: IGUALA
11.2 Colonia: [ ]
11.3 Localidad: IGUALA
11.4 Municipio o delegación: GUERRERO
11.5 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. [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: [ ]

DE LA DEFUNCIÓN

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: [ ]
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [ ]
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

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

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 10 : 40 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo de personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	2 HRS	
	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) [redacted]	24 Hrs	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	c) [redacted]	3 AÑOS	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	d) [redacted]	15 AÑOS.	
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 Se sospechó embarazo en los 43 días 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: [ ]

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
23.3 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(la) fallecido(a)?
23.5 La defunción fue registrada ante el Ministerio Público con el acta número
23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
STIGNADO

23.7 Sólo en caso de accidente, especifique dónde ocurrió el hecho
23.7.1 Calle y número: [ ]
23.7.2 Colonia: [ ]
23.7.3 Localidad: [ ]
Municipio o delegación: [ ]
23.7.5 Entidad federativa: [ ]

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno
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 ○8
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional
28. NOMBRE: DR. [redacted] Apellido materno
29. TELÉFONO: [redacted]
30. DOMICILIO: [redacted]
31. FIRMA
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

28

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO [redacted]	[redacted]

MUNICIPIO	LOCALIDAD
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) [redacted] (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------ NACIONALIDAD: ------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 10:40

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: ------ ORDEN NO.: ------

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

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

B) B) [redacted]

C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [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 IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] FIRMA SELLO DE LA OFICIALIA

OFICIALIA

COPIA CERTIFICADA
GRATUITA
ACTA DE DEFUNCION
Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1
Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

2012 - 2015

LIC. ERNESTO LOME QUEZADA
Jefe del Departamento de Panteones Municipales

IGUALA
DE LA INDEPENDENCIA
2012 - 2015

29

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO., A 15 DE ENERO DEL 2015.

C. [redacted]
ADMINISTRADOR DE LA 1ª. AMP. DEL PANTEON MUNICIPAL
P R E S E N T E .

Por medio de este conducto, le solicito de la manera más atenta autorizar a la C. [redacted] con domicilio en la Calle: [redacted] de esta Ciudad, la Exhumación de las personas que en vida respondieron al nombre de [redacted], con fecha de defunción [redacted] del año de [redacted] con fecha de defunción [redacted] del año [redacted] n razón de que han cumplido con los requisitos de Ley, que fueron sepultados en la [redacted] de [redacted] Ampliación del Panteón de esta Ciudad y que serán Inhumados en la segunda clase del Panteón Antiguo Municipal de esta Ciudad, para los efectos legales correspondientes.

Esperando contar con su apoyo lo saludo cordialmente.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012 - 2015

A T E N T A M E N T E

C. LIC [redacted]
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PANTEONES MUNICIPALES.
AL DE LA REPUBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
OTZINAPA

C.c.p.- C. ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.- PARA SU CONOCIMIENTO.- EDIFICIO.
C.c.p.- ARCHIVO.

JUNTOS POR IGUALA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

30

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 UN ACTA DE **DEFUNCIÓN** EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

OFICIALÍA	LIBRO	ACTA	CRIP	CURP	FECHA DE REGISTRO
001	[redacted]	[redacted]	----------	---------	[redacted]

LOCALIDAD	MUNICIPIO O DELEGACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO

DATOS DEL FINADO

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

SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMENINO ESTADO CIVIL: CASADO NACIONALIDAD: [redacted]

EDAD: [redacted] FECHA DE NACIMIENTO: ----------

LUGAR DE NACIMIENTO: ---------- (LOCALIDAD) ---------- (MUNICIPIO) --------- (ENTIDAD FEDERATIVA) ---------- (PAIS)

NOMBRE DEL CÓNYUGE: [redacted] NACIONALIDAD: [redacted]

NOMBRE DEL PADRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: ------ CURP: ----------

NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: ----- CURP: ----------

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [redacted] 14:20 LUGAR: [redacted]

No. DE CERTIFICADO: ---------- DESTINO DEL CADÁVER: (X) INHUMACIÓN ( ) CREMACIÓN

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: [redacted]

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: [redacted]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

No. DE CÉDULA PROFESIONAL: [redacted]

DE LA REPÚBLICA

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO

PARA EL CASO

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]

SINAPA

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN IGUALA, GUERRERO, A LOS 15 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2015, DOY FE.

LIC. [redacted]

SELLO [redacted]

COTEJO:

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO [redacted]

31

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] (Años cumplidos) 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde [redacted]
11.1 Calle y número: IGUALA
11.2 Colonia: [redacted]
11.3 Localidad: IGUALA
11.4 Municipio o delegación: GUERRERO
11.5 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. [redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número: IGUALA
16.2 Colonia: CENTRO
16.3 Localidad: IGUALA
16.4 Municipio o delegación: GUERRERO
16.5 Entidad federativa

[redacted] Horas: 0 6 Minutos: 5 0

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]		
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) [redacted] 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			

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

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 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 [redacted] el domicilio donde ocurrió la lesión
23.7.1 [redacted]
23.7.2 Colonia
23.7.3 Localidad
23.7.4 Municipio o delegación
23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]

25. PARENTESCO [redacted] FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico ○3 Partera, autoridad local o [redacted] Autoridad civil ○5 Otro ○8

27. SI EL CERTIFICANTE [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted] GUERRERO TZINACAPA

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

32

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO	LOCALIDAD
01 [redacted]	IGUALA
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( ) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 06:50

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 150286042

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) B) [redacted]

C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] D. IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[redacted] [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.

TESTIGO

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 2015

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA

FIRMA

INTERESADO

PARA EL CASO

Gobierno Municipal GRATUITO ACTA DE DEFUNCION

Art. 110
Fracc. V, VI
LFTAIP
Motivación 1

Fracc.1
LFTAIP
Motivación 1

33.

INHUMACIONES

Lunes 19 de Enero del 2015
Domingo 25 de Enero del 2015

[redacted]

23-01-2015 [redacted]

Funerales Rueda

[redacted]

25-01-2015 [redacted]

[redacted]

25-01-2015 [redacted]

Funerales Rueda

att%

[redacted]

Administrador del Panteon

Primera Ampliacion

...RAL DE LA REPÚBLICA
...IAL DE INVESTIGACIÓN
...IÓN PARA EL CASO
...YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

RECIBIO

Fecha 03/03/15 Hora 11:21

Recibio [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

39

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
01	[redacted]	
LIBRO 01	ACTA No. [redacted]	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 19:29

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———

DONDE FALLECIO: [redacted] GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted]

C) ———

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

...AL DE INVESTIGACIÓN

...IÓN PARA EL CASO

AYOTZINAPA

FIRMAS [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO [redacted] 25

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

TREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COP[illegible]ZUL) 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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: 60 . 00 (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 0 [redacted] Años cumplidos; 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) ○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)

[redacted]

11.1 Calle y número: Iguala

11.2 Colonia: Centro

11.3 Localidad: Iguala de la Indepnd.

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero): Guerrero

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]

DE LA DEFUNCIÓN

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: ___

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted]

16.1 Calle y número: Iguala

16.2 Colonia: Centro

16.3 Localidad: Iguala de la Independencia

16.4 Municipio o delegación: Iguala

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 5 (Horas) 19:29 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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]	5min	
	c) Debido a (o como consecuencia de)	2 años	
	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 ○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

Uso exclusivo del personal codificador. 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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, cuartel, 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(la) fallecido(a)? ___

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: PÚBLICA DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO

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: ITZINAPA

23.7.2 Colonia: ___

23.7.3 Localidad: ___

23.7.4 Municipio o delegación: ___

23.7.5 Entidad federativa: ___

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DO[redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 10 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Fracc. 1 LFTAIP Motivación 2

36

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 25 DE Febrero DEL 2015.

C. [redacted]
ADMINISTRADOR 1ª Amp. P. M.
P R E S E N T E.

[redacted] MEDIO DEL PRESENTE, A PETICION DEL (A) C. [redacted], SE CONDONA EL PAGO DE Inhumación y Apertura de Fosa, DE LA PERSONA QUE EN VIDA SE LLAMO, [redacted], QUE SERA SEPULTAD(o) EN [redacted], DEL PANTEON MUNICIPAL, DE ESTA CIUDAD, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA.

SIN MAS POR EL MOMENTO Y AGRADECIENDO DE ANTEMANO SU APOYO LE ENVIO UN CORDIAL SALUDO.

A T E N T A M E N T E

C. [redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

JUNTOS POR IGUALA

1

...OS UNIDOS MEXICANOS...
...NERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

37

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Unidad de Procuración de Fondos
Subdirección de Gestión Administrativa
Departamento de Apoyo Asistencial a Población Abierta y Sistemas Municipales

G ENGRANDE | DIF ESTADO DE MÉXICO

FUNERARIA TOLUCA

AETLAN No. 238 COL. UNIÓN TEL 214-68-48

PERMISO DE CREMACIÓN

Toluca, Mex., a (1) 19 de Febrero del 2015

No. De Cremación 64

Por medio de la presente otorgo a la "FUNERARIA TOLUCA DIF" poder amplio, cumplido y bastante para que a mi nombre y representación se realice **LA CREMACIÓN**, de quien en vida llevaba el nombre de: [redacted] (2)

Destino de las Cenizas Domicilio Part.
Peso de las Cenizas 4500 kg

DIF SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
ÁREA DE ASISTENCIA SOCIAL

OTORGANTE

[redacted]

[redacted]

NOMBRE Y FIRMA (4)

NOTA: Anexar la copia de la credencial de elector.

FO2018:2203/171/2012

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
MINISTERIO PÚBLICO PARA EL CASO
TEPANAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

38

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 ○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 92 . 00 (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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ●5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO(A) [redacted]

11.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

11.2 Colonia

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted] 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)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted] Col. Centro Iguala

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala

16.5 Entidad federativa: Guerrero

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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	24 hrs	
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]	24 hrs	
	c) Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	48 hrs	
	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	[redacted]	10 años	
	[redacted]	10 años	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRES[redacted]

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 Estuvo embarazada en los [redacted] 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

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? Sí ●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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
COMISIÓN PARA EL CASO
IGUALA-TZINAPA

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 [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

[redacted] EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

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

DEL REGISTRO CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. ___ Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Art. 113 Fracción VI LFTAIP Motivación 1

Art. 113 LFTAIP Motivación 2

39

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO: [redacted]

LIBRO 01: [redacted] | LOCALIDAD: IGUALA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS | NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) MORELOS (ENTIDAD FEDERATIVA) | MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) | IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) | GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) | MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] | HORA: 22:00

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD | CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] | ORDEN NO.: ___

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] NTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] UALA, GRO. | OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GRO. | OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] . IGUALA, GRO. | OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

L DE LA REPÚBLICA
DE INVE GACIÓN
SO

[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 [redacted] | FIRMA | SELLO DE LA OFICIALIA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

INTERESADO

Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

40

INHUMACIONES

Lunes 26 de Enero del 2015
Domingo 1 de Febrero del 2015

NO. hubo inhumaciones

attn

[redacted] [redacted] [redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

...L DE LA REPÚBLICA
...L DE INVESTIGACIÓN
...PARA EL CASO
...TZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 03/03/15 Hora 11:22
Recibio Luz

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

41

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- AMPLIACION

- 2015

- "FEBRERO

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES

42

Lunes 2 de Febrero del 2015
Domingo 8 de Febrero del 2015

No. hubo inhumaciones

att:

[redacted]

Administradori del Panteon
Primera Ampliacion

...L DE LA REPÚBLICA
... DE INVESTIGACIÓN
... PARA EL CASO
... IZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 03/03/15 Hora 11:21
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

43

INHUMACIONES

Lunes 9 de Febrero del 2015

Domingo 15 de Febrero del 2015

No. hubo inhumaciones

att:

[redacted]

Administrador del Panteon

Primera Ampliacion

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 09/09/15 Hora 11:32
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

44

INHUMACIONES

Lunes 16 de Febrero del 2015

Domingo 22 de Febrero del 2015

No. hubo inhumaciones

atte.

[redacted]

Administrador del Panteon

Para Ampliacion

UNIDOS SOMOS MÉXICO

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

RECIBIO

Fecha 03/07/15 Hora 11:27

Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

45

INHUMACIONES

Lunes 23 de Febrero del 2015

Domingo 1 de Marzo del 2015

[redacted] [redacted]

28-02-2015 [redacted]

Funerales Valladares

atte.

[redacted] [redacted] [redacted]

Administrador del Panteon

Primera Ampliacion

DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
INAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

RECIBIO

Fecha 23/02/15 Hora 11:32

Recibio [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
2012 - 2015

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

46

Acciones Reales

IGUALA, GRO., A 28 DE Febrero DEL 2015.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. Funerales Valladares

CON DOMICILIO Col 24 de febrero Marino

TEL. No. 33 26886 LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted], LA PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LIMITE DE: DOS DIAS HABILES.

PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012 - 2015

ATENTAMENTE

[redacted]
ENCARGADO DEL DEPTO. DE PANTEONES.

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

47

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- AMPLIACION

$ 20157

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
OTZINAPA.

- "MANZO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES 48

Lunes 2 de Marzo del 2015
Domingo 8 de Marzo del 2015

[redacted]
03-03-2015 [redacted]
Funerales De Dios

[redacted]
04-05-2015 [redacted]
Funerales Orlostegui

AL DE LA REPÚBLICA
[redacted]
ITZINAPA
Atte:
Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 12/03/15 Hora 11:30
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

REGISTRO CIVIL

[redacted]

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD FEDERACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	DE	[redacted]

Registro Civil

FINADO

Nombre [redacted] Edad [redacted] AÑO(S) Género [redacted]

Lugar de Nacimiento

Domicilio [redacted] Ocupación CONTADOR PUBLICO

Estado Civil [redacted] Nacionalidad MEXICANA

Nombre del Padre

Nombre de la Madre

FALLECIMIENTO

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. 2899

En el

Ubicado en

Fecha de la Defunción [redacted] Hora Defunción 23:07

Lugar de la Defunción [redacted] DISTRITO FEDERAL

Causa(s) de la Muerte [redacted]

Médico que Certifica [redacted]

Domicilio del Médico [redacted] ula Profesional 1535337

DELEGACION BENITO JUAREZ DISTRITO FEDERAL

DECLARANTE

Nombre [redacted] Edad [redacted] S

Parentesco con el Finado [redacted]

Nacionalidad MEXICANA

Domicilio [redacted]

ANOTACIONES:

LA INHUMACION SERA EN EL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA GUERRERO

[redacted]

REPUBLICA

/ESTIGACION

FIRMA

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 14° DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ

LIC. [redacted]

FIRMA DEL JUEZ

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No: Fecha: Firma:

No: Fecha: Firma:

SFP

Dirección General de 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 02 DIAS DEL MES DE MARZO DEL 2015

JUEZ 14 DEL REGISTRO CIVIL

LIC. [redacted]

Art.110 Fracc. I LFTAIP

Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 50

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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

HABLA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 065.000 Kilogramos / Gramos

7. TALLA: [redacted]

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 0[redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ●5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted]

11.2 Colonia [redacted]

11.3 Localidad: Distrito Federal

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1; Preescolar ○12; Primaria incompleta ○2; Primaria completa ○3; Secundaria incompleta ○4; Secundaria completa ○5; Bachillerato o preparatoria incompleta ○11; Bachillerato o preparatoria completa ○6; Profesional ●7; Posgrado ○10; Se ignora ○99

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; IMSS ●2; ISSSTE ○3; PEMEX ○4; SEDENA ○5; SEMAR ○6; Seguro Popular ○7; IMSS Oportunidades ○10; Otra ○8; Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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: Hospital general de zona #1-A

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ○11; Se ignora ○99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO [redacted]

16.1 Calle y número [redacted]

16.2 Colonia: Portales

16.3 Localidad: Distrito Federal

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [redacted] (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	48 horas	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	13 días	
	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	[redacted]	4 años	
		15 años	

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

Uso exclusivo del personal codificador

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? Sí ○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

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
/OTZINAPA

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 [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

25. PARENTESCO [redacted] (LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

30. [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

33. [redacted] 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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

[redacted]

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal
Dirección General
Dirección de Servicios de Salud y de Cuidados Personales

S1

02899 "FORMATO VÁLIDO SOLO PARA TRASLADO"

SOLICITUD: [redacted] NÚM. DE FOLIO:

CONCEPTO	DESTINO	OBSERVACIONES
1.- Inhumación o incineración de cadáveres. (Si se efectúa antes de las 12 horas o después de las 48 horas)	Lugar donde se realiza	Embalsamado Sí ◯ No ◯
2.- Exhumación prematura	Lugar de la reinhumación	
3.- Traslado de cadáveres	Lugar de destino PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA, GUERRERO	Embalsamado Sí ◯ No ⓧ
4.- Internación de cadáveres	Procedente de	Embals o Sí ◯ No ◯
5.- Traslado de restos áridos	Lugar de destino	

COPIA DE PAGO

Datos del Finado

[redacted]

Nombre [redacted] [redacted] AÑOS Edad

Sexo [redacted] Hora 23:07 de la defunción

Causa principal [redacted]

Datos del Solicitante

[redacted]

Nombre

Domicilio [redacted] Firma

Autorización

Con base en los artículos No: 313 Fr. II; 314 Fr. II, V, VI y IX; 319; 342, 348; 349; 350; 350-Bis; 350 Bis I, VI y VII; 375 Fr. V, de la Ley General de Salud; Artículos 7, 9, 13, 67 Fr. I y II, 68 y 100 Fr. II, III, IV, V, VI y VII del Reglamento de la L. G. de S. en Materia del Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y los artículos 42, 45, 47, 48, 49, 52 53, del Reglamento de Cementerios del Distrito Federal, se autoriza al solicitante:

EL TRASLADO DEL CADAVER DE QUIEN EN VIDA LLEVO EL NOMBRE ANTES CITADO, PROCEDENTE DE LA CIUDAD DE MEXICO, D.F., PARA SU INHUMACION EN EL PANTEON DEL LUGAR ARRIBA SEÑALADO, ENTRE LAS 12 Y 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO.

P/A

DRA. [redacted]

Responsable de trámites funerarios

México D. F. a 03 de MARZO DEL 2015 de

Hora de expedición 8:25

Servicios de Salud Pública del D. F. SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS PRIORITARIOS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS TRAMITES FUNERARIOS PGJDF MAR 2015 MATUTINO HORA FIRMA PAGADO

ECORONA 3/03/2015

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, será sancionado de acuerdo con la ley ante la autoridad competente.

salud.df.gob.mx

df.gob.mx

Art.110 Fracc.VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

Fecha: 03/03/2015 Hora: 08:28 AM

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

S2

OFICIALIA 01 [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 12:15

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted]

C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 4684850

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE [illegible] ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

[redacted] AL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
OTZINAPA

FIRMAS [redacted]

[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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

INTERESADO

Art. 18
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

S3

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

ESTE DOCUMENTO ES 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 D: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [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: 065.000 Kilogramos / Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] Años cumplidos; 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 (Domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) [redacted]

11.1 Calle y número: Iguala

[redacted] Colonia

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Guerrero

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1; Preescolar ○12; Primaria incompleta ○2; Primaria completa ○3; Secundaria incompleta ○4; Secundaria completa ○5; Bachillerato o preparatoria incompleta ○11; Bachillerato o preparatoria completa ○6; Profesional ○7; Posgrado ○10; Se ignora ○99

13. [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1; IMSS ○2; ISSSTE ○3; PEMEX ○4; SEDENA ○5; SEMAR ○6; Seguro Popular ⊗7; IMSS Oportunidades ○10; Otra ○8; Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ○11; Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala

[redacted] Colonia

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Guerrero

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA [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 renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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) [redacted]	5 horas	
	c) [redacted]	3 días	
	d) [redacted]	3 días	
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 ○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

Uso exclusivo del personal codificador

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0; Área de recreación y 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 detalladamente 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)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI [redacted]

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s))

Número de la cédula profesional

29. TELÉFONO

[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc 1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES

Lunes 09 de Marzo del 2015
Domingo 15 de Marzo del 2015

NO. hubo Inhumaciones

att.

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
17/03/15 Hora 11:24

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
YTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES 55

Lunes 16 de Marzo del 2015
Domingo 22 de Marzo del 2015

No. hubo inhomaciones

atte.

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

UNIDOS MEXICANOS
AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
ZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA. GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 19/01/15 Hora 11:20
Recibio

1 - 9

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES

56

Lunes 23 de Marzo del 2015
Domingo 29 de Marzo del 2015

[redacted] [redacted] [redacted]
29-03-2015 [redacted]
Funerales cristo rey

att:

[redacted] [redacted] [redacted]
Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 19/03/15 Hora 11:20
Recibio

2-9

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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.

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO [redacted] S7

DEL FALLECIDO

1. [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: 0165.0000 Kilogramos / Gramos
7. TALLA: [redacted] Metros / Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] 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 [redacted] Años cumplidos; 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. [redacted]
11.1 Calle y número: IGUALA
11.2 Colonia
11.3 Localidad: IGUALA
11.4 Municipio o delegación
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO
12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ⊗3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99
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 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 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 [redacted] IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO [redacted]
16.1 Calle y número: CENTRO
16.2 Colonia
16.3 Localidad: IGUALA
16.4 Municipio o delegación: IGUALA
16.5 Entidad federativa: GUERRERO
17. FECHA Y HORA DE LA [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

DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) [redacted]
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b) [redacted]
c) [redacted]
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 8 DIAS / 10 MESES / 1 AÑO
Código CIE

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 ○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

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 [redacted]
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: [redacted]
23.6 [redacted] brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión
23.7 Sólo en caso de accidente, [redacted]
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. [redacted] Nombre(s) / Apellido materno

DEL CERTIFICANTE

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 [redacted] Número de la cédula profesional
28. NOMBRE [redacted] Nombre(s) / Apellido paterno
29. TELÉFONO [redacted]
30. DOMICILIO [redacted]
31. [redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Año

DEL REG. CIVIL

OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. ___, Libro Núm. ___
Acta Núm. ___
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad
34.2 Municipio o delegación
34.3 Entidad federativa
34.4 [redacted] Año

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

AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ON PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted]

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO	ACTA No.
02	[redacted]

LOCALIDAD: IGUALA
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 11:55

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] UERRERO

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: MEXICANA PARENTESCO: HIJO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UALA, GUERRERO OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA SE LE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

RAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

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 [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

INTERESADO

GRATUITO
DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

59

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- AMPLIACION

- $2015

- "ABRIL"

UNIDOS MEXICANOS
RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

60

INHUMACIONES

Lunes 30 de Marzo del 2015
Domingo 05 de Abril del 2015

[redacted]
31-03-2015 [redacted]
Funerales Rueda

[redacted]
02-04-2015 [redacted]
Funerales Rueda

[redacted]
03-04-2015 [redacted]
Funerales Rueda

[redacted]
03-04-2015 [redacted]
Funerales cristo rey

atte.

[redacted]
Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
TZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 1/04/15 Hora 11:20
Recibio

39

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

61

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 31 DE Marzo DEL 20___.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted] CON [redacted] DOMICILIO [redacted] C. Centro. TEL. No. [redacted] OF[redacted]ION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted], LA PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS [redacted]ADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO POR APERTURA
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LÍMITE DE: DOS DIAS HABILES.
PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. DEPARTAMENTO DE PANTEONES 2012 - 2015

[redacted]

202

C.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

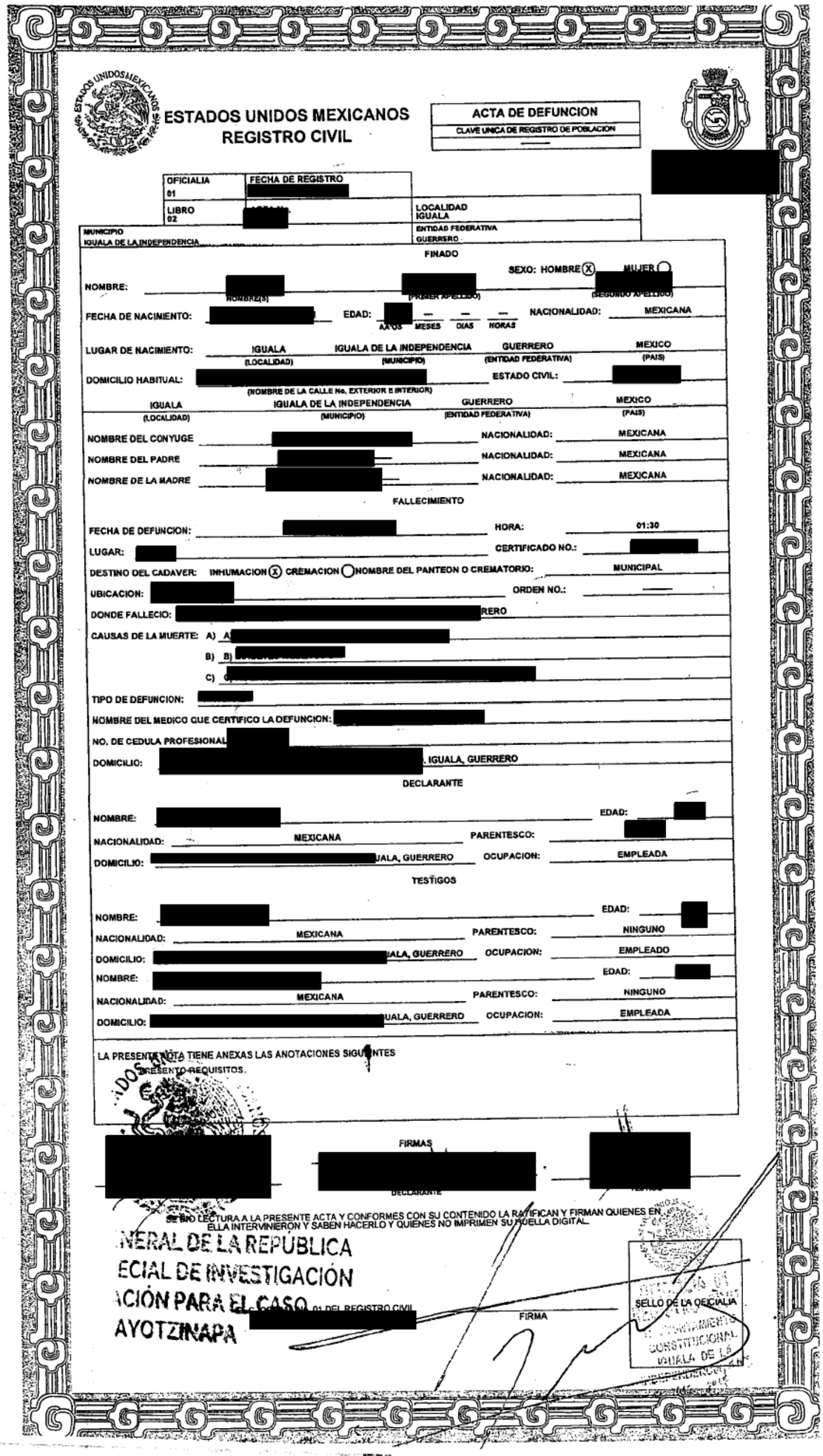
UNIDOS MEXICANOS

[redacted]RAL DE LA REPÚBLICA
[redacted]AL DE INVESTIGACIÓN
[redacted]ÓN PARA EL CASO
[redacted]OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

62



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 02 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS | NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) | ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] | HORA: 01:30
LUGAR: [redacted] | CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] | ORDEN NO.: ——
DONDE FALLECIO: [redacted]RRERO
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], IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted]UALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted]UALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted]UALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE NOTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

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.

NERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

[redacted] OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL — FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GOBIERNO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

GOBIERNO DE LA GENTE
DEFUNCIÓN
GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO 63

[redacted]

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: [redacted] — e ignora ○99

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 145 . [ ] 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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted] de vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

11.2 Colonia: Centro

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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 ○

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]

DE LA DEFUNCIÓN

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: [ ]

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [ ]

Vía pública ○10 Otro lugar ○ Hogar ⊗11 Se ignora ○

16. [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

16.2 Colonia: Centro

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	8 meses	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	10 días	
	c) [redacted]	8 meses	
	d) [redacted]	8 meses	
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 ○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 [ ]

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? Sí ○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 [ ]

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 3352277

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

29. [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] #2-3

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [ ] Libro Núm. [ ]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad [ ]

Art.11 Fracc. LFTAIP Motivación 1

Motivación 2

64

GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 2012 - 2015

DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 3 DE Abril DEL 2015.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted] Cor Centra

CON [redacted], TEL. No. [redacted] DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted], LA PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO POR APERTURA
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LÍMITE DE: DOS DIAS HABILES.
PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA,
DEPARTAMENTO
PANTEONES
2012 - 2015

[redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

091

C.c.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

JUNTOS POR IGUALA

UNIDOS MEXICANOS

...RAL DE LA REPÚBLICA
...IAL DE INVESTIGACIÓN
...IÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO 02	[redacted]

LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

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

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

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO). GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ____ NACIONALIDAD: ____

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 00:00

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: 150297641

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] LOTES 468 Y 469 ORDEN NO.: ____

DONDE FALLECIO: [redacted] 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] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] RRERO OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL. C. DE INVEST.: 1206010300407010415.

OFICIO NUMERO 0628/2015. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 02 DE ABRIL DE 2015

AL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
N PARA EL CASO
ITZINAPA

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 DEL REGISTRO [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
2012 - 2015

INTERESADO

UTAIG DEFUNCIÓN GRATUITA
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 66

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

2. CURP: 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? SI ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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: [redacted] Años cumplidos — 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ●1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted] donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: [redacted] COL. CENTRO

11.2 Colonia

11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: IGUALA

11.5 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero): GUERRERO

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ●5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. [redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ●10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número

16.2 Colonia: COL. RENACIMIENTO

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación: IGUALA

16.5 Entidad federativa: GUERRERO

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 ○1 No ●2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ●1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón)

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) [redacted] 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

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

AL DE LA REPÚBLICA

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 12 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

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 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 ¿Quién o quiénes eran los presuntos agresores con el(la) fallecido(a)?

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] anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad: IGUALA

23.7.4 Municipio o delegación

23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE: [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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] de la cédula profesional

28. NOMBRE: DR. [redacted]

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted] IGUALA

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm._____, Libro Núm._____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 LFTAIP Motivación 2

67

INHUMACIONES

Lunes 06 de Abril del 2015

Domingo 12 de Abril del 2015

[redacted]

08-04-2015 [redacted]

Funerales Rueda

atte.

[redacted]

Administrador del Panteon

Primera Ampliacion.

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

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 19/05/15 Hora 11:21
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

68

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO [redacted]

*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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] [redacted]

[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: 45 . 000 Kilogramos Gramos

7. TAL [redacted] Metros Centímetros

8. FE [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 81 Años cumplidos; 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) 6, Divorciado(a) 3, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL [redacted]

11.1 Calle y número: CERRADA DE LA TORRE SUR 18

11.2 Colonia: [redacted]

11.3 Localidad: TLALPAN CENTRO

11.4 Municipio o delegación

11.5 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

[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]

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10, Otro lugar 12, Hogar 11, Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted]

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. [redacted] 7:15 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]		
	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	[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

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 Lugar donde ocurrió el desempeño de su trabajo: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina 2

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 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(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [redacted] Describa la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote [redacted] 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 [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. [redacted] (LA) FALLECIDO(A)

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 6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMB [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted]

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

69

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 02 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE [redacted]
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [redacted] C.N.O.P. ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 19:45
LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) [redacted]
C) ———
TIPO DE DEFUNCION: [redacted]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO

LOS QUE HAN PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

INTERESADO

GRATUITO
DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

ERAL DE LA REPUBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES

Lunes 13 de Abril del 2015
Domingo 19 de Abril del 2015

[redacted]
17-04-2015
Funerales Uriostegui

atte.

[redacted]
Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 17/04/15 Hora 11:22
Recibio

5-9

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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

Modelo 2015
FOLIO [redacted]

71

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: | | Se ignora ○99

3. SEXO: Hombre (X)1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana (X)1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No (X)2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] 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: [redacted] Años cumplidos | 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 (X)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 donde vivía el fallecido(a) [redacted]

11.1 Calle y número: GUALA DE LA INDEPENDENCIA | 11.2 Colonia: [redacted] | IGUALA | 11.3 Localidad: GUERRERO

11.4 Municipio o delegación | 11.5 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 (X)3 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Posgrado ○10

13. OCUPACIÓN HABITUAL [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: Sí (X)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 (X)99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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 | Vía pública (X)10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: DOM. CONOCIDO [redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA | 16.2 Colonia: IGUALA | 16.3 Localidad: GUERRERO

16.4 Municipio o delegación | 16.5 Entidad federativa

17. FECHA: Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted] | 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 (X)1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo de personal codificador Código CIE
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) [redacted]		
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) [redacted]		
	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

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 se sabía que estaba embarazada en los 10 días 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

Uso exclusivo de personal codificador
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio (X)2 Suicidio ○3 Se ignora ○9

23.2 ¿Ocurrió en el trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 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 Se ignora

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 [redacted]

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

*Recibí CERTIFICADO

23.7.1 Calle y número [redacted] | 23.7.3 Localidad: COORDINACION | 23.7.5 Entidad federativa: GUERRERO

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

25. PARENTESCO O RELACIÓN CON EL FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista (X)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

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted] IGUALA GRO.

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

Art.113 Fracc. I

Art.11[illegible] Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Motivación 2

72

GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO
PODER JUDICIAL

Dependencia: **Poder Judicial del Estado de Guerrero.**

Sección: **JUZGADO MIXTO DE PAZ DEL MUNICIPIO DE IGUALA, DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.**

Asunto: **ACTA EXTRAVIO DE DOCUMENTO.**

Iguala, Gro., a 15 de Enero del año 2014.

- - -En la ciudad de Iguala, Guerrero, siendo las trece horas con treinta minutos del día quince de enero del año dos mil catorce, estando en audiencia pública, el ciudadano Licenciado [redacted], Juez Mixto de Paz del Municipio de Iguala de la Independencia, Guerrero, del Distrito Judicial de Hidalgo, quien actúa en forma legal por ante la ciudadana Licenciada [redacted] Secretaria de Acuerdos, quien autoriza y da fe, hago constar que comparece de manera voluntaria el **C.** [redacted] quien se identifica con el original de su credencial para votar con fotografía, expedida por el Instituto Federal Electoral, con folio número [redacted] la cual se le devuelve por ser innecesaria su retención, dejando copia de la misma.- A continuación se procede a protestar al compareciente para que se conduzca con verdad en todo lo que va a manifestar y advertida de las penas en que incurren los falsos declarantes, por sus generales dijo llamarse como ha quedado escrito, ser de [redacted] años de edad, estado civil [redacted] con instrucción [redacted] ocupación [redacted] originario y vecino de esta [redacted] Guerrero, con domicilio en la calle [redacted] de la colonia [redacted] de esta misma ciudad.- A continuación se procede a otorgar el uso de la palabra al **C.** [redacted] quien **MANIFIESTA:** Que comparezco ante esta Autoridad para manifestar bajo protesta de decir verdad, que mi esposa [redacted] y el suscrito somos propietarios [redacted] donde tenemos nuestros difuntos, en el [redacted] e la [redacted] **DE LA [redacted] DEL PANTEON MUNICIPAL, UBICADO AL PONIENTE SOBRE LA CALZADA DE GUADALUPE DE ESTA CIUDAD.** resulta que hace aproximadamente [redacted] años, sin recordar la fecha exacta, se nos extravió el original del [redacted] a [redacted] el panteón antes descrito, por lo que desconocemos el lugar exacto donde se haya extraviado, ya que nos dimos a la tarea de realizar una búsqueda minuciosa en todos los documentos que tenemos en nuestro domicilio, pero no logramos encontrar dicho documento, motivo por el cual levanto la presente acta, para que quede antecedente de la pérdida del original del título de propiedad a perpetuidad mencionado en líneas que anteceden, para deslindarme del mal uso que pudieran hacer del mismo por terceras personas ajenas, [redacted] es todo lo que tengo que manifestar y previa lectura de lo antes expuesto ratifica y firma al margen para debida constancia legal.- -Doy Fe.- -

[redacted]
Juez Mixto de Paz del Municipio de Iguala de la Independencia, Guerrero.

[redacted]
Secretaria de Acuerdos.

PODER JUDICIAL ESTADOS UNIDOS MEXICANOS GRO.
TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL ESTADO JUZGADO MIXTO DE PAZ IGUALA, GUERRERO.

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

73

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	1[redacted]
LIBRO 02	ACTA No. [redacted]

LOCALIDAD: IGUALA
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( ) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] DEL [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 00:00

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: —

DONDE FALLECIO: [redacted]ERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A[redacted]

B) B) [redacted]

C) —

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted]UALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted]UERRERO OCUPACION: AMA DE CASAÇ

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted]. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA CONTIENE LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO-UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010200459120415.
EXPEDIDA EN IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, A 12 DE ABRIL DEL AÑO 2015

FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA
UNIDAD DE INVESTIGACION
FISCALIA PARA EL CASO
AYOTZINAPA

FIRMAS

[redacted] TESTIGO [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 [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA 01
GOBIERNO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

INTERESADO

GRATUITO
DEFUNCIÓN
PRIMERA COPIA
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. LFTAIP Motivación 2

INHUMACIONES

74

Lunes 20 de Abril del 2015

Dominso 26 de Abril del 2015

[redacted]

20-04-2015 [redacted]

[redacted]

26-04-2015 [redacted]

[redacted]

26-04-2015 [redacted]

atte.

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 19/08/15 Hora 11:22
Recibio

6-9

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

75

GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

IGUALA
DE LA INDEPENDENCIA
2012 - 2015

DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

[redacted] IGUALA, GRO., A 20 DE Abril DEL 2015.

PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE LE COMUNICO A USTED QUE SE AUTORIZA A LA C. [redacted] CON DOMICILIO EN [redacted], COLONIA [redacted], DE ESTA CIUDAD [redacted] A UN LUGAR DE LA FOSA COMUN DE SU AREA DEL PANTEON MUNICIPAL, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA A LA PERSONA QUE EN VIDA SE LLAMO [redacted], YA QUE SON PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS.

SIN MAS QUE COMUNICARLE RECIBA USTED UN CORDIAL SALUDO.

***NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

ATENTAMENTE

[redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

C.c.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

JUNTOS POR IGUALA

...AL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

76

CREMATORIO RAMIREZ

Av. 20 de Noviembre # 1284
Col. Centro Veracruz, Ver.
C.P. 91700
Tel. (229) 9326107

EXPEDIENTE NO. [redacted]

CONSTANCIA DE CREMACION

EL QUE SUSCRIBE TEC. HISTOPATÓLOGO Y EMBALSAMADOR :
[redacted]A, DIRECTOR DE OPERACIONES DEL CREMATORIO RAMIREZ.

HAGO CONSTAR QUE SIENDO LAS **09:00 HRS**
DEL DIA DE HOY [redacted]
SE REALIZÓ LA CREMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA LLEVO EL NOMBRE DE
SR.(A) [redacted]
QUE FALLECIO EN LA CIUDAD DE : [redacted]
EL DIA [redacted] A LAS ---------- **HRS**
CON LAS CAUSAS DE MUERTE : [redacted]
DE [redacted] DEFUNCION No. [redacted] FIRMADO POR EL DR.(A)
[redacted] CED. PROF. [redacted]

LA CREMACIÓN FUE AUTORIZADA POR EL REGISTRO CIVIL DE LA CIUDAD DE : [redacted]
CON EL ACTA No. [redacted] EXPEDIDA EL DIA [redacted]
Y LA AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD CONFORME A LA LEY GENERAL DE SALUD, DE
ACUERDO A LOS ARTICULOS No. **316, 338, 339, 340**

SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA DE CREMACIÓN EN LA CIUDAD DE :
VERACRUZ,VER.
A LOS **16** DIAS DEL MES **ABRIL** DEL **2015** PARA LOS FINES
LEGALES QUE CONVENGA AL INTERESADO.

AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

TEC. HISTOPATOLOGO Y EMBALSAMADOR
[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE VERACRUZ
DE IGNACIO DE LA LLAVE
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

No. DE CONTROL [redacted]

CLAVE DE REGISTRO E IDENTIFICACION PERSONAL

OFICIALIA No. 01 LIBRO No. [redacted] ACTA No. [redacted] LOCALIDAD [redacted]

MUNICIPIO [redacted] ENTIDAD FEDERATIVA VERACRUZ FECHA DE REGISTRO DIA [redacted]

FINADO

NOMBRE [redacted] (NOMBRE (S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO HOMBRE [X] MUJER [ ]

FECHA DE NACIMIENTO [redacted] TIEMPO VIVIDO EDAD [redacted] AÑOS MESES DIAS: HORAS: MINUTOS:

NACIONALIDAD MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL [redacted] ESTADO CIVIL [redacted]

NOMBRE DE LA CALLE, No. DE EXTERIOR E INTERIOR [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) [redacted] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---------- ---------- ---------- NACIONALIDAD ------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION [redacted] HORA [redacted]

LUGAR [redacted] CERTIFICADO No. [redacted]

DESTINO DEL CADAVER INHUMACION [ ] CREMACION [X] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO CREMATORIO "RAMIREZ"

UBICACION [redacted]. CENTRO, VERACRUZ, VER. ORDEN No. 00047

DONDE FALLECIO [redacted] PANADEROS, VERACRUZ, VER.

CAUSAS DE LA MU[redacted]

(a) ---

(b) ---

(c) ---

L DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
OTZINAPA

Parteli: ----------

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION DR. [redacted]

No. DE CEDULA PROFESIONAL [redacted]

DOMICILIO [redacted]

DECLARANTE

NOMBRE [redacted] EDAD [redacted] AÑOS

NACIONALIDAD MEXICANA PARENTESCO NINGUNO

DOMICILIO [redacted] OCUPACION EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE [redacted] NACIONALIDAD MEXICANA EDAD [redacted] S

DOMICILIO [redacted] OCUPACION EMPLEADA PARENTESCO NINGUNO

NOMBRE [redacted] NACIONALIDAD MEXICANA EDAD [redacted] S

DOMICILIO [redacted] L RIO, VER. OCUPACION EMPLEADO PARENTESCO NINGUNO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

ESTA ACTA SE LEVANTA DE ACUERDO AL OFICIO NÚMERO PGJ/MP5/642/2015 DE FECHA 15 DE ABRIL DE 2015, ENVIADO POR EL C. AGENTE 5° DEL MINISTERIO PÚBLICO INVESTIGADOR DE VERACRUZ, VER.. INVESTIGACIÓN MINISTERIAL NO. 165/2015/VER-03.

[redacted] DECLARANTE [redacted] 3 1

TESTIGO 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 DOY FE

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

LIC [redacted]

Art.110
Fracc. V, VI
LFTAIP
Motivación

78

GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

IGUALA
DE LA INDEPENDENCIA
2012 - 2015

MEMORANDUM

C. [redacted]
ADMINISTRADOR
P R E S E N T E.

IGUALA, GRO., A 26 DE Abril DEL 2015.

POR MEDIO DEL PRESENTE LE COMUNICO A USTED QUE SE AUTORIZA A [redacted] CON DOMICILIO EN [redacted] COLONIA [redacted], DE ESTA CIUDAD, UN ESPACIO DE LA FOSA COMUN DE SU AREA DEL PANTEÓN M[redacted], A LA [redacted] LLAMO [redacted] PERSONA [redacted] QUE EN VIDA SE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS. [redacted] YA QUE SON PERSONAS DE

SIN MAS QUE COMUNICARLE RECIBA USTED UN CORDIAL SALUDO.

Cel. [redacted]

***NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO**

A T E N T A M E N T E

C. LIC. [redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

C.c.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

JUNTOS POR
IGUALA

...RAL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...ION PARA EL CASO
...YOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

79

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

"MAYO"

€20153

AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES

80

Lunes 27 de Abril del 2015
Domingo 03 de Mayo del 2015

[redacted]

01-05-2015
Funerales casto rey

atto

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 14/9/15 Hora 11:22
Recibio

7-9

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL

81

DEPARTAMENTO DE PANTEONES

Acciones Reales

IGUALA, GRO., A 1 DE Mayo DEL 20 2015

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. Funerale "Casto R

CON DOMICILIO Aldama # 26

TEL. No. 2-35-40 LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted] PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A [redacted] ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LIMITE DE: DOS DIAS HABILES.

PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO DEPARTAMENTO DE PANTEONES 2012 - 2015

C. [redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

199

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1 COL. CENTRO IGUALA, GRO. C. P. 40000 TEL.: 33-3-96-00
www.ayuntamientodeiguala.gob.mx

UNIDOS MEXICANOS

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

82

INHUMACIONES

Lunes 4 de Mayo del 2015
Domingo 10 de Mayo del 2015

No. hobo inhumaciones

atte.

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GR
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 4/05/15 Hora 11:28
Recibio

8-9

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

83

INHUMACIONES

Lunes 11 de Mayo del 2015
Domingo 17 de Mayo del 2015

[redacted]

17-05-2015 [redacted]

Funerales Uriostegui

att:

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 17/05/15 Hora 11:27
Recibio

9-9

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

89

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

DEPARTAMENTO DE PANTEONES

GUERRERO GOBIERNO DEL ESTADO

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 2012 - 2015

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 12 DE Mayo DEL 2015.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. Gonzales Urrutia Cortina

CON DOMICILIO Periferico Sur S/N Col. Daniel Moreno, TEL. No. 733 [redacted]

LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted]

OFICINAS CORRESPONDIENTES, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO POR APERTURA
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LÍMITE DE: DOS DIAS HABILES.
PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE [redacted]
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012 - 2015

[redacted] JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

198

C.c.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

JUNTOS POR IGUALA

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AVOTIZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

85

INHUMACIONES

Lunes 18 de Mayo del 2015
Domingo 24 de Mayo del 2015

[redacted]

05-05-2015

atto

[redacted]

Administrador del Panteon

Primera Ampliacion

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 08/06/15 Hora 14:00
Recibio Luz

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

86

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO. A 05 DE [illegible] DEL 2015.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted]

CON DOMICILIO [redacted] TEL. No. [redacted] LA AUTORIZADA ENTREGA EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: Inhumación y Apertura de [redacted] LA PERSONA Panteón Municipal.

1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DEL PAGO DE LA LICENCIA.

EL USUARIO SE COMPROMETE A Finado: [redacted]

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE IGUALA, GRO. CONSTITUCIONAL DEPARTAMENTO DE PANTEONES

ATENTAMENTE

P.C. LIC. [redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

C.c.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

JUNTOS POR IGUALA

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

87

INHUMACIONES

Lunes 25 de Mayo del 2015

Domingo 31 de Mayo del 2015

[redacted]

25-05-2015

Funerales D' Dios

[redacted]

27-05-2015

Funerales Rueda

att°

[redacted]

Administrador del Panteon

Primera Ampliacion

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

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 08/06/15 Hora 14:00
Recibio LUZ

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015 FOLIO 88

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 FALLECI[redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

2. [redacted] 99

3. SEXO: Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1 Otra 2 Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO: 75 Kilogramos . Gramos

7. TALLA: [redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] 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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora

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) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora

11. DOMICILIO PERMANENTE DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO

[redacted] 11.1 Calle y número

11.2 Colonia [redacted]

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1; Preescolar 12; Primaria incompleta 2; Primaria completa 3; Secundaria incompleta 4; Secundaria completa 5; Bachillerato o preparatoria incompleta 11; Bachillerato o preparatoria completa 6; Profesional 7; Posgrado 10; Se ignora 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 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]

DE LA DEFUNCIÓN

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; Vía pública 10; Otro lugar 1; Hogar 11; Se ignora 9

[redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

AV [redacted] 16.1 Calle y número

16.2 Municipio o delegación: Iguala

16.3 Localidad: Iguala

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 00:00 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	2 meses	
	c) [redacted]	10 días	
	d) [redacted]	8 años	
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 estaba embarazada en los últimos 12 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

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 [redacted] el deceso en [redacted] 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; 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 [redacted] ación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ONPARA EL CASO

23.7 Sólo en caso de accidente, anote [redacted] donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número: OTZINAPA

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 1; Médico legista 2; Otro médico 3; Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4; Autoridad civil 5; Otro 8

27. SI [redacted]

28. NO[redacted]

Número de la cédula profesional

30. DOMICILIO [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted]

[redacted] CIALÍA O JUZGADO

Libro Núm.

34.1 Localidad

Art.1 Fracc 1 LGTAIP Motivación 1

Fracc. 1 Motivación 2

89

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO [redacted]

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] — Nombre(s): [redacted] — Apellido paterno: [redacted] — Apellido materno: [redacted]
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? SI ○1 NO ☒2 Se ignora ○9

6. PESO: 510.100 Kilogramos Gramos

7. TALLA: 1.[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 [redacted] Años cumplidos; 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) ☒6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio [redacted] 11.1 Calle y número [redacted] 11.2 Colonia [redacted] 11.3 Localidad IGUALA

11.4 Municipio o delegación IGUALA 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) GUERRERO

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 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 [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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 ___ Vía pública ○10 Otro lugar ○12

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) ___ Hogar ☒11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted] 16.1 Calle y número CAL. LAGUNA DE AGUA CLARA 16.2 Colonia IGUALA 16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación IGUALA 16.5 Entidad federativa GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Horas 13:10 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☒1 NO ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 NO ☒2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, 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]	10 MESES	
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]	9 MESES	
	c) Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	10 MESES	
	d) Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	6 MIN.	
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	9 MESES	

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 puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estaba embarazada ni en los 43 días 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

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

23.3 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 ante el Ministerio Público con el acta número: AL DE LA REPUBLICA

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: EN INVESTIGACION

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: PARA EL CASO

23.7.1 Calle y número ___ 23.7.2 Colonia ___ 23.7.3 Localidad ___

23.7.4 Municipio o delegación IGUALA 23.7.5 Entidad federativa ___

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO IGUALA [redacted]

31. F[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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 PERMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

6868 [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

90

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO 03	ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO	LOCALIDAD
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (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 [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 03:00

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] 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] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HERMANA

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

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 [redacted] REGISTRO CIVIL ___ FIRMA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
SELLO DE CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

INTERESADO

GRESENTO
DEFUNCION
IGUALA
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CA
TZINAPA

Art.110
Fracc. V, VI
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

91

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- # AMPLIACION

€20 15€

- # "JUNIO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

INHUMACIONES

92

Lunes 01 de Junio del 2015
Domingo 07 de Junio del 2015

[redacted]

01-06-2015 [redacted]

Funerales Rueda

[redacted]

02-06-2015 [redacted]

[redacted]

05-06-2015 [redacted]

atto.

[redacted]

Administrador del Panteon
Primera Ampliacion

...REPÚBLICA
...ESTIGACIÓN
...PARA EL CASO
...TZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 08/06/15 Hora 14:00
Recibio Luz

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

93

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLE[redacted] (Nombre(s))

2. [redacted] Se ignora ○99

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. [redacted] Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. 150 Kilogramos . Gramos

7. TALLA [redacted] Metros Centímetros

8. [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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Viudo(a) ○ Soltero(a) ○ Casado(a) ○ Se ignora ⊗9

11. [redacted]

11.4 Municipio o delegación: IGUALA

11.3 Localidad

11.5 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero): GUERRERO

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 ○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

DEL LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

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

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

[redacted]

16.4 Municipio o delegación: IGUALA

16.3 Localidad

16.5 Entidad federativa: GUERRERO

[redacted] Año Horas: 19 Minutos: 10

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)

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) [redacted] c) d)

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 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 12 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

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 [redacted]

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Calle o carretera (vía pública) ○4 Otro ○8 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 [redacted] Ministerio Público con el acta número

23.6 [redacted] la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el [redacted] donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número

23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio o delegación

23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMB[redacted] Nombre(s) Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

94

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO	ACTA No.
03	[redacted]

LOCALIDAD: IGUALA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AA'OS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 09:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [redacted] MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] 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: MEXICANA PARENTESCO: HIJO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[redacted] TESTIGO

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. [redacted] FIRMA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
SELLO DE CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

APERTURA

INTERESADO

GRATUITO
DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO [redacted]

95

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [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 ○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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ●2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. [redacted] Col. [redacted]

Iguala, Gro. (11.2 Colonia) Iguala, (11.3 Localidad)

11.4 Municipio o delegación — Guerrero (11.5 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: 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:

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO: [redacted] col. [redacted]

Iguala, Gro. (16.2 Colonia) Iguala, Gro (16.3 Localidad)

16.4 Municipio o delegación — Guerrero (16.5 Entidad federativa)

17. [redacted] 07:30 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	5 min	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	10 min	
	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			

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 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses ○3 Se ignora ○9

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

Uso exclusivo del personal codificador

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? Sí ○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

DEL INF.

24. NOMBRE: [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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de la cédula profesional: [redacted]

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] de gpe.

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. , Libro Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO — 34.1 Localidad

SECRETARÍA DE SALUD JURISDICCIÓN SANITARIA NORTE

COL. VILLA DE GUADALUPE MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

Art.110 Fracc. V, VII LETAIP Motivación 1

LETAIP Motivación 2

96

INHUMACIONES

Lunes 08 de Junio del 2015
Domingo 14 de Junio del 2015

[redacted] de [redacted]
12-06-2015 [redacted]

atte.
[redacted]
Administrador del Panteon
Para Ampliacion

...RAL DE LA REPÚBLICA
...IAL DE INVESTIGACIÓN
...IÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015
RECIBIO
Fecha 18/06/15 Hora 13:15
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

97

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 12 DE Junio DEL 2015.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted]

CON DOMICILIO Prolong. Montealban s/n U. Hab. Villa Cooperativa [redacted] TEL. No. [redacted] LA AUTORIZADA ENTREGA EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: Inhumacion y Apertura de fosa [redacted] LA PERSONA

1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DEL PAGO DE LA LICENCIA.

EL USUARIO SE COMPROMETE A Finada: [redacted]

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPEN
DEPARTAMEN
PANTEO

ATENTAMENTE
[redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

C.c.p.- C. ARMANDO ALQUICIRAS MENES.- ENCARGADO DE LA SECRETARÍA DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES

JUNTOS POR IGUALA

...DOS
...REPUBLICA
...INVESTIGACIÓN
...IÓN PARA EL CASO
...COTZINARA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

98

98

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 16 DE Junio DEL 2015.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted]

CON DOMICILIO Cto. [redacted] L. No. [redacted] LA AUTORIZADA ENTREGA EN ESTAS OFICINAS COPIAS [redacted] LA PERSONA SIGUIENTES DOCUMENTOS:

Inhumación y Apertura de fosa

1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DEL PAGO DE LA LICENCIA.

EL USUARIO SE COMPROMETE A Finadd: [redacted]

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

ATENTAMENTE
C. [redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

C.c.p.- C. ARMANDO ALQUICIRAS MENES.- ENCARGADO DE LA SECRETARÍA DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

JUNTOS POR IGUALA

ISRAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

99

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno) — Se ignora ○99

2. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

3. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 Se ignora ○9

4. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

5. PESO: 0134.0000 Kilogramos / Gramos

6. TALLA: [redacted] Metros / Centímetros

7. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] Día / Mes / Año

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 [redacted] Años cumplidos — Se ignora ○9

9. Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: ___

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 MARITAL — Apellido [redacted]

11.1 Calle y número: [redacted] — 11.2 Colonia: [redacted] — 11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1; Preescolar ○12; Primaria incompleta ○2; Primaria completa ○3; Secundaria incompleta ○4; Secundaria completa ○5; Bachillerato o preparatoria incompleta ●11; Bachillerato o preparatoria completa ○6; Profesional ○7; Posgrado ○10; Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN MARITAL: [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]

DE LA DEFUNCIÓN

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]

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ○11; Se ignora ○99

[redacted] xico Km 196 — 16.2 Colonia: Iguala — 16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia — 16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día / Mes / Año — 17 : 10 Horas / Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○8

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
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) [redacted]	48 horas	
	c) [redacted]	48 horas	
	d)	8 años	
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	8 años	

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

Uso exclusivo del personal codificador — 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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○6; 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

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1; Médico legista ○2; 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

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted]

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: ___ 33.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

Núm. ___, Libro Núm. ___ — 33.1 Acta Núm. ___ — 34.2 Municipio o delegación — 34.3 Entidad federativa — 34.4 Día / Mes / Año

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

100

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

C. [redacted]
ADMINISTRADOR [redacted]
P R E S E N T E.

IGUALA, GRO., A 29 DE Junio DE 2015.

A [redacted] MEDIO [redacted] COMUNICO A USTED QUE SE AUTORIZ
EN Calle [redacted], COLONIA [redacted], CON DOMICILI
CIUDAD, UN ESPACIO DE LA FOSA COMUN DE SU AREA DEL PANTEON MUNICIPAL, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTUR
A [redacted] EN VIDA S
LLAMO [redacted], YA QUE SON PERSONAS D
BAJOS RECURSOS ECONOMICOS.

SIN MAS QUE COMUNICARLE RECIBA USTED UN CORDIAL SALUDO.

***NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012 - 2015

[redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
SUBDELEGACIÓN DE INVESTIGACIÓN
ACOPIO AVANCE DEL CASO
ACAPULCO, GRO.

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

101

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [redacted]
OFICIO NÚM.: 3743
ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,GUERRERO, (28) VEINTIOCHO DIA(S) DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL QUINCE

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

C.OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo masculino que envida respondió al nombre de [redacted] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [redacted]

Edad: [redacted] **AÑOS.**

Ocupación: [redacted]

Domicilio: [redacted] **E ESTA CIUDAD.**

Padres [redacted]

Nacionalidad: MEXICANA.

Estado Civil: [redacted]

Originario: [redacted]

Instrucción: [redacted]

Lugar del deceso: [redacted] **DE LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA. GRO.**

Fecha del deceso: [redacted]

Causa de Muerte: [redacted]

Médico que dictaminó: [redacted]

Lugar de inhumación: PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA. GUERRERO.

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

Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 2
del Distrito Judicial de HIDALGO.

Lic [redacted]

ZONA NORTE
DISTRITO JUD. DE
UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

38V1274V2015L3046534N2015

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

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

102

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- # AMPLIACION

PGR
SUBPROCURADURÍA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD PARA EL CASO
IGUALA

- # €20153

- # "JULIO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO [redacted]

103

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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: 073.010 (Kilogramos . Gramos)

7. TALLA: 1.58 (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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○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 Calle y número: [redacted]
11.2 Colonia: [redacted]
11.3 Localidad: IGUALA
11.4 Municipio o delegación: IGUALA
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Primaria incompleta ○2 Secundaria incompleta ○4 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Profesional ⊗6 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]

DE LA DEFUNCIÓN

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: CLINICA HOSPITAL IGUALA
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número: [redacted]
16.2 Colonia: CENTRO
16.3 Localidad: IGUALA
16.4 Municipio o delegación: IGUALA
16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 04 Horas : 15 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]	7 dias	
	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) [redacted]	1 año	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) [redacted]	XXXXXXXX	XXXXXXX
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) [redacted]	XXXXXXXX	XXXXXXX
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	10 dias	
	XXXXXXX

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

104

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO 03	ACTA No. [redacted]

LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

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

SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AA'OS — MESES — DIAS — HORAS

NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

ESTADO CIVIL: [redacted]

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 04:15

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———

DONDE FALLECIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO

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

B) B) [redacted]

C) ———

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: YERNO

DOMICILIO: [redacted] GRO. OCUPACION: PROFESOR

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] NTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] A, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

SELLO DE LA REPUBLICA
DEL DERECHO A LA IDENTIFICACIÓN

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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] FIRMA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
SELLO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA
INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

INTERESADO

GOBIERNO A FUNCIONAR
GUERRERO JUNTOS Y JUNTAS PODEMOS

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

105

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO	LOCALIDAD
04	IGUALA
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 17:10

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted] A, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A[redacted]

B) B[redacted]

C) C[redacted] AS

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NUERA

DOMICILIO: [redacted] , GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[redacted]

FIRMAS

[redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO

LEIDA QUE FUE LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN [illegible] SABER HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL
ROBERTO SALGADO LOPEZ

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEON MPAL

106

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted]

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. [redacted]

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad: GUERRERO

11.4 Municipio o delegación: IGUALA

11.5 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: [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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número [redacted] COLONIA CENTRO

16.2 Colonia

16.3 Localidad: GUERRERO

16.4 Municipio o delegación: IGUALA

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 17:10 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]		
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)		
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 ○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

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? Sí ○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 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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Nombre(s)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro ○3 a persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil ○5 Otro ○8

27. SI EL C[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Nombre(s)

29. TELÉFONO [redacted]

30. [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año

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 REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACCIÓN PARA EL CASO
ANOTACIONES

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

107

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el lugar permanente donde vivía el fallecido(a))

11.1 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: COL. [redacted] 11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: IGUALA 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

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

12. 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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ●10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO: [redacted]

16.1 Calle y número: [redacted] 16.2 Colonia: COL. [redacted] 16.3 Localidad: IGUALA

16.4 Municipio o delegación: IGUALA 16.5 Entidad federativa: GUERRERO

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

		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]		
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 morboso que la produjo			

AL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
YOTEMARI

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 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

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? 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)?

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

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 [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE DR. [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted] IGUALA

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] 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

COORDINACIÓN

Art. 113 LFTAIP

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Motivación 2

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.

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

108

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD DE INTEGRAL 3

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [redacted]
OFICIO NÚM.: 4560
ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,GUERRERO, (17) DIECISIETE DIA(S) DEL MES DE JULIO DEL DOS MIL QUINCE

"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]ÑOS.

Ocupación: [redacted]

Domicilio: [redacted].

Padres: [redacted].

Nacionalidad: MEXICANA.

Estado Civil: [redacted].

Originario: IGUALA DE [redacted]EPENDENCIA.

Instrucción: [redacted].

Lugar del deceso: [redacted] COLONIA [redacted], IGUALA.

Fecha del deceso: [redacted]

Causa de Muerte: [redacted]

Médico que dictaminó: DR. [redacted]

Lugar de inhumación: PANTEON MUNICIPAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

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

A T E N T A M E N T E.
Ministerio Público de Atención Temprana
del Distrito Judicial de HIDALGO.

Lic. [redacted]

ZONA NORTE
DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO
UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL

'38V1439V2015L3070928N2015'

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

109

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 04	ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 00:00

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: ———

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) B) [redacted]
C) ———

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL 3. CARPETA DE INVESTIGACION: 1206001040092117071S.
OFICIO NUMERO: 4560. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 17 DE JULIO DE 2015.

[redacted] TESTIGO

[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. [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

ARCHIVO

GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

INVESTIGACION PARA EL CASO

GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

110

IGUALA
DE LA INDEPENDENCIA
2012 - 2015

MEMORANDUM

IGUALA, GRO. A 25 DE Julio DEL 2015

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted] CON DOMICILIO [redacted] TEL. No. [redacted] PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted], LA PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO POR APERTURA
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LÍMITE DE: DOS DIAS HABILES.
PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012 - 2015

[redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

276

JUNTOS POR IGUALA

UNIDOS MEXICANOS
GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FISCALÍA PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

111

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

€0153

...RAL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...ÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

"AGOSTO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

112

DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 09 DE Agosto DEL 20 15.

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted] CON DOMICILIO [redacted] LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted], TEL. No. [redacted], LA PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
1 COPIA DE LA CONSTANCIAS DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO POR APERTURA
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LÍMITE DE: DOS DIAS HABILES.
PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DEPARTAMENT [redacted]
PANTEON
2012 - 201

JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

270

JUNTOS POR IGUALA

NIDOS MEXICANOS

AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ON PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

113

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO 04	ACTA No. [redacted]

LOCALIDAD IGUALA [redacted]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE —— NACIONALIDAD: ——

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 07:30

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ——

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted]

C) ——

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] RERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] A, GRO. OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UERRERO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[redacted] TESTIGO [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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] FIRMA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

INTERESADO

DEFUNCION
GRATUITO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 114

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted]

2. CURP: 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? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 60 . 00 (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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL (Lugar permanente donde vivía el fallecido(a))

11.1 Calle y número: Fracc. [redacted]

11.2 Colonia

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ⊗5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ⊗99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO: [redacted]

16.1 Calle y número: Fracc. [redacted]

16.2 Colonia

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Año) 07 : 30 (Horas Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○8

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	1 hr	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	15 años	
	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			

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 12 meses ⊗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

Uso exclusivo del personal codificador

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

Lugar 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

[illegible] GENERAL DE LA REPÚBLICA
[illegible] SPECIAL DE INVESTIGACIÓN
[illegible] CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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: [redacted] (Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

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)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. 01, Libro Núm. [redacted]

33.1 Acta Núm. [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: Iguala

34.2 Municipio o delegación: Iguala

34.3 Entidad federativa: Guerrero

[redacted] (Mes Año)

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

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

115

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO	
04	[redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: 86 AÑOS — MESES — DIAS — HORAS
NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)
ESTADO CIVIL: —
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE — NACIONALIDAD: —
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 18:00
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: —
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) [redacted]
C) —
TIPO DE DEFUNCION: [redacted]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] UALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NIETO
DOMICILIO: [redacted] SAN JOSE, IGUALA, GRO. OCUPACION: CHOFER

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NIETO
DOMICILIO: [redacted] OSE, IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ESTAS Y NO OTRAS ANOTACIONES SIGUIENTES
- PRESENTO RECONOCIDO -

[redacted] TESTIGO

DEFUNCIÓN
GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

116

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015
DEPARTAMENTO DE PANTEONES

MEMORANDUM

IGUALA, GRO., A 23 DE AGOSTO DEL 2015:

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL C. [redacted]

CON DOMICILIO C. [redacted] TEL. No. [redacted] LA INHUMACION DEL [redacted], LA PERSONA AUTORIZADA ENTREGA EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1 COPIA DEL PAGO DE ~~MANTENIMIENTO.~~ X
1 COPIA DEL PAGO DE ~~LA LICENCIA.~~

EL USUARIO SE COMPROMETE A RETIRAR TODA LA TIERRA. AL TERMINAR. LA INHUMACION.

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO

CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012

ATENTAMENTE
[redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

C.c.p.- ING. ARTURO GALINDO BAZA.- SECRETARIO DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

UNIDOS MEXICANOS
...DE LA REPUBLICA
...L DE INVESTIGACIÓN
...: PARA EL CASO
...OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

117

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRAL 3

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [redacted]

OFICIO NÚM.: 5764

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,GUERRERO, (22) VEINTIDOS DIA(S) DEL MES DE AGOSTO DEL DOS MIL QUINCE

"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] AÑOS.

Ocupación: [redacted]

Domicilio: [redacted] CALLE [redacted], DE ESTA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

Padres: [redacted]

Nacionalidad: MEXICANA.

Estado Civil: [redacted]

Originario: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA.

Instrucción: [redacted]

Lugar del deceso: [redacted]

Fecha del deceso: 20-AGOSTO-2015.

Causa de Muerte: [redacted]

Médico que dictaminó: [redacted]

Lugar de inhumación: PANTEON MUNICIPAL DE ESTA CIUDAD DE IGUALA, GUERRERO.

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

ATENTAMENTE

[redacted] PUBLICO DE ATENCION TEMP[redacted]
[redacted]STRITO JUDICIAL DE HIDALGO

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

38V1678V2015L3112834N2015

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

118

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- AMPLIACION

- ~~€2015~~
-

" SEPTIEMBRE "

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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

FOLIO [redacted] 19

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): [redacted] Apellido paterno: [redacted] Apellido materno: [redacted]

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? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO 68.200 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: [redacted] Años cumplidos | 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) ○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 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: Iguala
11.4 Municipio o delegación: Iguala 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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 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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

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

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [redacted] Mes Año | Horas 09 : Minutos 30

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	3 meses	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	6 años	
	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 CORRESPONDIÓ A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 Mientras estaba embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5 No especificado ○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

Uso exclusivo del personal codificador
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 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

DEL INF.

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 ○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 5088143 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE Nombre(s): [redacted] Apellido paterno: [redacted] Apellido materno: [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] -Acapulco

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO No. Libro Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad

Art. 113 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I, VII LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

170

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO 05	ACTA No. [redacted]

LOCALIDAD: IGUALA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

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

SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS

NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

ESTADO CIVIL: [redacted]

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: ---

NACIONALIDAD: ---

NOMBRE DEL PADRE: [redacted] (FINADO)

NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted]

HORA: 14:45

LUGAR: ISSSTE

CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted]

ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted] COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

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

B) B) [redacted]

C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJA

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] A, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[redacted] TESTIGO

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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2012 - 2015

INTERESADO

GRATUITO
DEFUNCION
IGUALA
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

121

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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? Si ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 082.000 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 073 Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

[redacted] (Nombre del cónyuge sobreviviente si el fallecido(a) es mujer casada o viuda)

11.1 IGUALA Calle y número

11.2 Colonia

IGUALA 11.3 Localidad

GUERRERO 11.4 Municipio o delegación

11.5 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: [redacted] Se ignora ○99

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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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: CLINICA HOSPITAL IGUALA

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ○11; Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted] IGUALA Calle y número

16.2 Colonia: CENTRO

16.3 Localidad: IGUALA

16.4 Municipio o delegación: GUERRERO

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día / Mes / Año; 14:45 Horas / Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○1 No ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	5 minutos	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] (Debido a, o como consecuencia de)	40 minutos	
	c) [redacted] (Debido a, o como consecuencia de)	3 dias	
	d) [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]	1 año	

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 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

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 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

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 1489028 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted] MILITAR

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día / Mes / Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ___ Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad ___

Art. 113 Fracc. I, VII LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

172

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
01	[redacted]	IGUALA
LIBRO 05	ACTA No. [redacted]	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO		GUERRERO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 19:05

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted] ISTRITO FEDERAL

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

B) ---

C) ---

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] DISTRITO FEDERAL

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: 22

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO: [redacted]

FISCAL ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

FIRMAS

[redacted] TESTIGO [redacted] [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 [redacted] FIRMA

OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018
SELLO DE LA OFICIALIA

INTERESADO

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

123

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (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? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 070 . 0000 (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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

[redacted] nente donde vivía el (fallecido(a))

11.1 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: [redacted]

11.4 Municipio o delegación: Iguala 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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

[redacted] Se ignora ○99

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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ⊗1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted] Vía pública ○10 Otro lugar ○12; IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Hogar ○11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] 16.1 Calle y número: Seccion XVI 16.2 Colonia: [redacted] 16.3 Localidad: [redacted]

16.4 Municipio o delegación: Tlalpan 16.5 Entidad federativa: Distrito Federal

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 19:05 (Horas : Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	7meses	
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)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	15 Año	

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 12 meses ○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

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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Otro ○8 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)?

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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 7010052 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] 502, D.F

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

DEL REGISTRO CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO ___ Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad ___

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.

[redacted]

[redacted]

Art.113 LFTAIP Motivación 2

Art.11 Fracc. LFTAIP Motivación 1

124

M. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2012 - 2015

DEPARTAMENTO DE PANTEONES

IGUALA, GRO., A 21 DE Sept. DEL 2015.

C. [redacted]
ADMINISTRADOR de la 1ª Amp. P.M.
PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE COMUNICO A USTED QUE SE AUTORIZA A [redacted] CON DOMICILIO EN [redacted] COLONIA [redacted], DE ESTA CIUDAD, UN ESPACIO DE LA FOSA COMUN DE SU AREA DEL PANTEON MUNICIPAL, PARA DARLE CRISTIANA SEPULTURA A LA PERSONA QUE EN VIDA SE LLAMO [redacted], YA QUE SON PERSONAS DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS.

SIN MAS QUE COMUNICARLE RECIBA USTED UN CORDIAL SALUDO.

***NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO**

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DEPARTAMENTO DE PANTEONES
2012 - 2015

[redacted]
JEFE DEL DEPTO. DE PANTEONES.

C.c.p.- C.P. ARMANDO ALQUICIRAS MENEZ.- ENCARGADO DE DESPACHO DE LA SECRETARIA DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

JUNTOS POR IGUALA

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

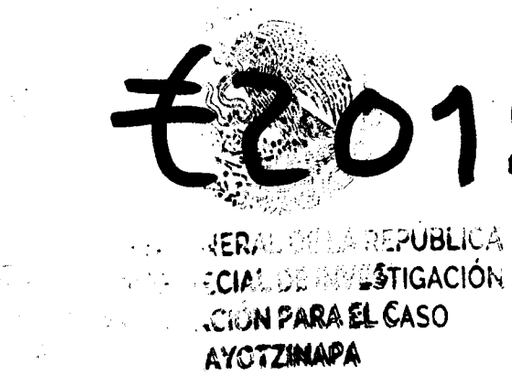
125

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- # AMPLIACION

~~2015~~



- # "OCTUBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO POR APERTURA
1 COPIA DEL PAGO DE MANTENIMIENTO.
1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

126

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LÍMITE DE: DOS DIAS HABILES.
PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

ATEN[redacted]

H. AYUNTAMIENTO [redacted]
IGUALA DE LA INDEP[redacted]
DEPARTAME[redacted]
PANTEONES
2012 - 2015

JUNTOS POR IGUALA

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

Modelo 2015

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

127

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP | 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. [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: [redacted] Años cumplidos | 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) ○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 Calle y número: IGUALA | 11.2 Colonia: CENTRO | 11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: IGUALA | 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

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 ○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

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted]
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)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA | 16.2 Colonia: CENTRO | 16.3 Localidad: IGUALA

16.4 Municipio o delegación: IGUALA | 16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año | Horas: 18 | Minutos: 15

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]		
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) 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 ○1 No ○2

22.3 ¿Las causas anotadas semejan el embarazo, parto o puerperio? Sí ○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? Sí ○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 reportada al Ministerio Público con el folio número: [redacted] 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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] COL. CENTRO

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

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 ENVIAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

128

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted] | LIBRO 05 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA | MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

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

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

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE NO. EXTERIOR E INTERIOR) 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: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 18:15

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: [redacted]

DONDE FALLECIO [redacted] TRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: [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: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: PROFESOR

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:

PRESENTO DOCUMENTOS

[redacted] [redacted] [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.

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GRATUITO
DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

124

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO [redacted] | [redacted]

LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AA'OS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) — (MUNICIPIO) MICHOACAN DE OCAMPO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

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: [redacted] HORA: 15:48

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: —

DONDE FALLECIO: [redacted]

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

B) B) [redacted]

C) 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: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] UERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] CENTRO, IGUALA GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA [illegible] LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRES[illegible]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[illegible] LEIDA 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

[illegible] DE LA REPUBLICA
[illegible] DE INVESTIGACIÓN
[illegible] PARA EL CASO
AYOTZINAPA

[redacted]

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

SELLO DE LA OFICIALIA

GRATUITO
DEFUNCION
GRACIA
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO [redacted]

139

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): [redacted] Apellido paterno: [redacted] Apellido materno: [redacted]

2. CURP [ ] 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? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO Kilogramos . Gramos

7. TALLA 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: [redacted] Años cumplidos | 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL (Entidad donde vivía el fallecido(a))
11.1 Calle y número: CENTRO
11.2 Colonia: IGUALA
11.3 Localidad: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
11.4 Municipio o delegación: GUERRERO
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○XX Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL [redacted] Se ignora ○99
13.1 Trabajaba SI ○1 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○XX IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99
14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○XX Se ignora ○99
15.1 Nombre de la unidad médica
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ
16.1 Calle y número: [redacted]
16.2 Colonia: centro
16.3 Localidad: iguala
16.4 Municipio o delegación: iguala de la independencia
16.5 Entidad: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año | Horas: 15 | Minutos: 40

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD QUE CAUSÓ LA MUERTE O ANTES DE LA MUERTE? ○2 Se ignora ○9

¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ○2

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

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) [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
b) [redacted]
Debido a (o como consecuencia de)
c) [redacted]
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
a) 3 HRS.
b) 3 AÑOS
c) 5 AÑOS
d)

Uso exclusivo del personal codificador
Código CIE

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 puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 Embarazada en los 43 días previos a la muerte ○5
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicadas por el embarazo o puerperio? SI ○1 No ○2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE POR ACCIDENTE O VIOLENCIA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue ocasionada por: Accidente ○1 Lesión autoinfligida intencionalmente ○2 Se ignora ○9
23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: SI ○1 No ○2 Se ignora ○9
23.3 Sitio donde ocurrió: Vivienda particular ○0 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 lesión 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 [redacted] Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ○XX 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

28. NOMBRE DR. [redacted] Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____, 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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Distribución Gratuita

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

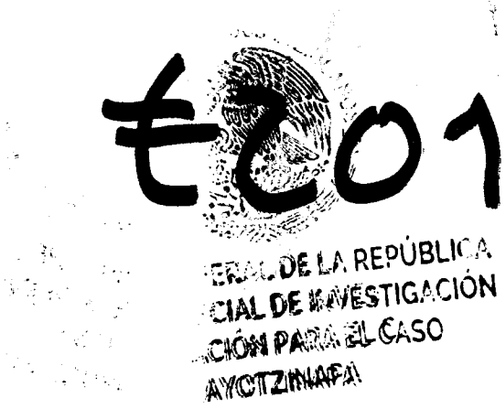
131

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- # AMPLIACION

€C015₹



- # "NOVIEMBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 132

DATOS PERSONALES QUE CONTIENE A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: [redacted] ○99

3. SEXO: Hombre ●1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 96 . 750 (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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○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)

[redacted] (11.1 Calle y número) Centro 40000 (11.2 Colonia) Iguala de la Independencia (11.3 Localidad)

Iguala (11.4 Municipio o delegación) Guerrero (11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero))

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ●6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

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

[redacted] (15.1 Nombre de la unidad médica) Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] (16.1 Calle y número) Colonia Centro Iguala (16.2 Colonia) Iguala de la Independencia (16.3 Localidad)

Iguala (16.4 Municipio o delegación) Guerrero (16.5 Entidad federativa)

17. [redacted] (Día / Mes / Año) 09:35 (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

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]	10 minutos	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	4 horas	
	c) [redacted]	4 días	
	d) [redacted]	5 días	
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A MUJERES DE 12 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 42 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○3 Suicidio ○1 Se ignora ○9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○5

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

DEL INE

24. NOMBRE [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○6

27. SI EL CERTIFICANTE [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día / Mes / Año)

33. LA DEFUNCIÓN QUEDÓ REGISTRADA EN LA OFICIALÍA NÚMERO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

Art. 113 Fracción I LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracción I LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

133

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
01	[redacted]	IGUALA
LIBRO [redacted]		ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO		GUERRERO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) --------- (MUNICIPIO) DISTRITO FEDERAL (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 09:35

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---------

DONDE FALLECIO: [redacted] DL. CENTRO. IGUALA, GUERRERO

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

B) B) [redacted]

C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXOS LAS SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[redacted] AS

[redacted] TESTIGO

[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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

[redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. 1
LFTAIP
Motivación 2

134

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA [redacted] | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 06 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] AA'OS __ MESES __ DIAS __ HORAS | NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] LONIA CENTRO (NOMBRE DE LA CALLE NO. EXTERIOR E INTERIOR) | ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ____ NACIONALIDAD: ____
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NADO) NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] | HORA: 22:30
LUGAR: [redacted] | CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] | ORDEN NO.: ____
DONDE FALLECIO: [redacted] UALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]
B) B) [redacted]
C) C) [redacted]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] | OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] NTRO. IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] COL. CENTRO. IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] [redacted] [redacted]

AL DE RECIBIDA 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.

RAL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted] REGISTRO CIVIL
LIC. MANUEL [redacted] NO HERNANDEZ
FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

ARCHIVO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

135

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO [redacted]

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES SERÁN 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: | | 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? SI ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 50.145 Kilogramos Gramos

7. TALLA: [redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: 03 09 1930 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 [redacted] Años; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ●2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. [redacted] anente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: CENTRO
11.2 Colonia: IGUALA
11.3 Localidad: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
11.4 Municipio o delegación: GUERRERO
11.5 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 completo ○6 Posgrado ○10

[redacted] Se ignora ○99

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: [redacted]

DEL LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

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

HOSPITAL GENERAL ZONA 04
15.1 Nombre de la unidad médica
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. [redacted]
16.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
16.2 Colonia
16.3 Localidad: IGUALA
16.4 Municipio o delegación: GUERRERO
16.5 Entidad federativa

17. [redacted] Día Mes Año; Horas: 22 Minutos: 30

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ●1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○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 cardiaco, asfixia, 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]	30 m	
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]	3 h	
	c) Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	SE IGNORA	
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	45 años	

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 12 meses ○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

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 (Ocupado en el desempeño de su trabajo) SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

Sitio donde ocurrió la lesión: Vía pública ○0 Área deportiva ○3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
Vivienda particular ○1 Escuela (centro educativo, etc.) ○2 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicios ○5

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: SANDRA LUZ ZINAPA JAIMES
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): HIJA

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Nombre(s) Apellido paterno

30. DOMICILIO [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2013

FOLIO [redacted]

136

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.

150294627

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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: 054.000 Kilogramos . Gramos

7. TALLA: [redacted] Metros Centímetros

8. [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 0 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio [redacted]
11.2 Colonia: IGUALA
11.3 Localidad: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
11.4 Municipio o delegación: GUERRERO
11.5 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: [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]

DE LA DEFUNCIÓN

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] GUALA
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16.1 Calle y número: [redacted]
16.2 Colonia: CENTRO
16.3 Localidad: IGUALA
16.4 Municipio o delegación: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Mes Año; 01:40 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	15 MINUTOS	
	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) [redacted]	2 AÑOS	
	c) [redacted]	20 AÑOS	
	d) [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]	30 AÑOS	

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 puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○2 No estuvo embarazada en los 43 días 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

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? Sí ○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: XXXXXXXXXX

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año

REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. 01, Libro Núm. [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad: Iguala

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

Art.1 Fracc. I LFTAIP Motivación 1

137

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 06 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AA'OS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: CALLE ADOLFO LOPEZ MATEOS 34 COL. VILLA DE GUADALUPE (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 01:40
LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———
DONDE FALLECIO: [redacted] CENTRO, IGUALA, GUERRERO
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] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: PROFESORA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] ENTRO, IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted]

FIRMAS

[redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO

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 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ANIBAL ZAMBRANO HERNANDEZ

[redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

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

GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

138

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- AMPLIACION

- 2015

NERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

- "DICIEMBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 01 | ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS | NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] | HORA: 23:00

LUGAR: HOGAR | CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] | ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) ___

C) ___

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: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] TRO. IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] [redacted] TESTIGO

SE LEYÓ LE FUE DADA LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN LOS UNIDOS
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[redacted]

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE [redacted]
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SE LO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GRATUITO
DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

140

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): [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

2. CURP: 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? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [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: 68 (Años cumplidos) / 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA [redacted] cido(a) [redacted]

11.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — 11.2 Colonia — 11.3 Localidad: IGUALA GUERRERO

11.4 Municipio o delegación — 11.5 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. [redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — 16.2 Colonia: EJIDAL — 16.3 Localidad: IGUALA GUERRERO

16.4 Municipio o delegación — 16.5 Entidad federativa

17. [redacted] (Día / Mes / Año) — Horas: 23 — Minutos: 00

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]		
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) 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 puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 Se ignora si fue durante el embarazo o después de 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

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 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

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL CASO
ZONA CENTRO
ZITZINAPA

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el nombre de la calle y número, localidad y municipio donde ocurrió el 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

DEL INF.

24. NOMBRE DEL INFORMANTE: [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: ALVARO OBREGON # 23

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año)

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 DEBERÁ REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 141

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): [redacted]

2. CURP: 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? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] 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 [redacted] (Años cumplidos) 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL (Lugar de residencia permanente donde vivía el fallecido(a))

[redacted]

11.1 Calle y número: SAN JOSE

11.2 Colonia: IGUALA

11.3 Localidad: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

11.4 Municipio o delegación: GUERRERO

11.5 Entidad federativa o país (si resida 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. [redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. [redacted]

16.1 Calle y número: BUROCRATA

16.2 Colonia: IGUALA

16.3 Localidad: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

16.4 Municipio o delegación: GUERRERO

16.5 Entidad federativa

17. FECHA [redacted] Año

Horas: 0 3 Minutos: 2 0

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]		
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) b) [redacted]		
	Debido a (o como consecuencia de) c) [redacted]		
	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 ○1 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los 10 años 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

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 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

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio o delegación

23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) Apellido paterno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) Apellido paterno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA Y/O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: Iguala

Art. 113 Fracción VI LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracción I LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

142

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
	07 DE DICIEMBRE DE 2015	
LIBRO 05	ACTA No. 01154	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AA'OS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------ ------ ------ NACIONALIDAD: ------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 03:20

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ------

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

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] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

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.

[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

143

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

2016

UNIDOS MEXICANOS
RAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

"ENERO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

144

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 01 de Enero 2016

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 04/01/16 Hora 15:00 hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

SEMANA DEL 26 AL 01 DE Enero

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

145

IGUALA, GRO; A 10 DE ENERO DEL 2016.

INHUMACIONES DEL MES DE ENERO DEL 2016.

LUNES 04 DE ENERO DEL 2016 AL
DOMINGO 10 DE ENERO DEL 2016

[redacted]

04 DE ENERO DEL 2016

[redacted]

[redacted]

05 DE ENERO DEL 2016

[redacted]

FUNERALES "RUEDA"

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 12-01-16 Hora 1:15
Recibio Natividad A B

ATT:

[redacted]

ADMINISTRADOR DEL PANTEON
PRIMERA AMPLIACIÓN

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

REGISTRO CIVIL

[redacted]

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

CDMX

CIUDAD DE MÉXICO

[redacted]

ACTA DE DEFUNCION

146

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
9	6	[redacted]	[redacted]	[redacted]	DE	[redacted]

Registro Civil, Registro Civil, Registro Civil, REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL, Registro Civil, Registro Civil, Registro Civil, Registro Civil, Registro Civil, Registro Civil, Registro Civil

FINADO

Nombre [redacted]
Edad [redacted] AÑO(S) Género [redacted]
Lugar de Nacimiento --
Ocupación [redacted]
Domicilio [redacted] DISTRITO FEDERAL
Estado Civil [redacted]
Nacionalidad MEXICANA
Nombre del Padre -------
Nombre de la Madre -------

FALLECIMIENTO

El Cuerpo Será [redacted]
Orden No. [redacted]
En el -------
Ubicado en -------
Fecha de la Defunción [redacted]
Hora Defunción 03:00
Lugar de la Defunción C. [redacted] DISTRITO FEDERAL
Causa(s) de la Muerte [redacted]
Médico que Certifica [redacted]
Cédula Profesiona [redacted]
Domicilio del Médico [redacted] PROGRESISTA IZTAPALAPA

DECLARANTE

Nombre [redacted]
Edad [redacted] OS
Parentesco con el Finado [redacted]
Nacionalidad MEXICANA
Domicilio [redacted] S 66 FRACC. PASEOS DE CHALCO MEX.

ANOTACIONES:

LA INHUMACION SERA [redacted] DE IGUALA ESTADO DE GUERRERO----------

ERAL DE LA REPÚ [redacted]
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

FIRMA

Se dio por terminado el acto 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 antecede. Doy fé EL JUEZ 14° DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE Y FIRMA | FIRMA DEL JUEZ

LIC [redacted]

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No: Fecha: Firma:
No: Fecha: Firma:

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

PAGO DE DERECHOS $ -- COMPROBANTE DE PAGO No. ---

AMR

– Dirección General Del Registro Civil

DE MÉXICO
Haciendo Juntos

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 03 DEL MES DE [redacted] DEL AÑO 2016

DEL REGISTRO CIVIL
JUZGADO 14°

JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

LIC [redacted]

[redacted]

Art.116 Fracc. V VII LFTAIP Motivación 1

Fracc.I LFTAIP Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

147

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO [redacted]

Se ignora ○99

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD Mexicana ○1 Otro ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO 0710 . 000 Kilogramos Gramos

7. TALL [redacted]

8. [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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO(A)

[redacted] Miguel Hidalgo

11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad

Tlahuac Distrito Federal

11.4 Municipio o delegación 11.5 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

[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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DO [redacted] Miguel Hidalgo

16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad

Tlahuac Distrito Federal

16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

[redacted] Día Mes Año 05:00 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]	5 Minutos	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	15 Días	
	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			

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 55 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 ocurrió durante estos últimos periodos ○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

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0; Área de servicios de salud (asilo, orfanato, etc.) ○2; Vía pública ○3; 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:

Describa brevemente la ocupación, 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. NO [redacted] Apellido paterno Apellido materno

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 ○0

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

ESTE CERTIFICADO ES GRATUITO. ESTÁ PROHIBIDA SU VENTA

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

Iguala de la independencia, Gro., a 05 del mes Enero del 2016.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

2da-S
1-242

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
TZINAPA

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

144

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de Enero 2016.

C.P[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	[redacted]	[redacted] Fosa Comun
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

SEMANA DEL 11 AL 17 DE Enero del 2016

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

C. ORLANDO GOROSTIETA VALDEZ
ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 18/01/16 Hora 14:50
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
Tu casa es nuestro trabajo

SECRETARÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS
H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

150

Iguala de la Independencia Gro; 13 enero **2016**

MEMORANDUM

Se otorga al C. [redacted]
Con domicilio [redacted]
La inhumación [redacted]
de: [redacted] que en vida respondió al nombre
en [redacted]
[redacted] panteon municipal.

La persona autorizada entregara en estas oficinas los siguientes documentos:

1. Copia de certificado de defunción.
2. Copia del acta de defunción.
3. Copia del pago de apertura de fosa.
4. Copia del pago de inhumación.

1a. SECCION

DIRECCION DE PANTEONES

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 145

correo@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

151

RFC: [redacted]

[redacted]

COL. CENTRO

IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000

Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Fecha de Expedición : 13/01/2016 10:09:00

Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Folio Fiscal: [redacted]

No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]

Fecha y Hora de Certificación: [redacted]:00:43

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]

Dirección [redacted]

Colonia

Localidad

C. P.

Estado

R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
EFECTIVO	UNA SOLA EXHIBICION	EFECTIVO	NO IDENTIFICADO

Concepto del Recibo:

APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL. FETO SOLISN LOEPZ PANT. ANT. MPAL.

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
1.0	LOTE	[redacted]	93.92	93.92
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.09	14.09
			Total	108.01

Importe con Letra:

CIENTO OCHO PESOS 01/100 M.N.)

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICA DE LA INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA
AMOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2015 - 2018
SECRETARÍA DE FINANZAS
Y ADMINISTRACIÓN
CAJA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Jero[redacted]LIPE PALACIOS QUEZADA

Folio digital del CFDI:

M/Bqwa6S[redacted]9JmojVMtYWgDJiTnKfpAMYwAQdyPK+GycwdG6Q/ewgrIZfXx1PWKcw9X9j6faRY0/KpL9oZ+6Uu3z8Eq8i6sVxiNCsBZQIMyC986+Km8iK5UyHdM+tntv0g3sqQQnQQBUxqsxi
OukiwUpxeAYn3Dn8SuwvKvOdO4wLVfCACvhcauyuyyfII6D8keAW0DbndWhB47RCrImAHJA9Sr8en2brBNI8Kt0YRfWIjeTh+jsn4OKjhDbm5v9jcc5e07dqvJ2QBzWvKde49sKTy0Y5djo6NPhF
OWdG9jV[redacted]sJndEGNdumnxJeHNssVaVm8AWperKsSQ==

Folio del SAT: [redacted]

Z7qZP86S[redacted]UnClsdI3E4eo2a8EXN+EljeiSQTn+wpBf8Kf8TbMMv24jBbHf/Pd0Sqksirb2azKdOhsK7pkPeskGUCvi7c23z360SqR377n6+p9QecDAhPiE63IR6NRee
YDTn0ltB[redacted]jjxfcmJOS9KhCfFfJICEQzfhXfc=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

|0|555d35[redacted]3da-41e0-8d2f-aadff3d2ea33|2016-01-13T10:00:43|Q7M/Bqwa6SSgS9JmojVMtYWgDJiTnKfpAMYwAQdyPK+GycwdG6Q/ewgrIZfXx1PWKcw9X9j6f
Y0/KpL9oZ+[redacted]u3z8Eq8i6sVxiNCsBZQIMyC986+Km8iK5UyHdM+tntv0g3sqQQnQQBUxqsxiRrOukiwUpxeAYn3Dn8SuwvKvOdO4wLVfCACvhcauyuyyfII6D8keAW
bndWhB4[redacted]dmAHJA9Sr8en2brBNI8Kt0YRfWIjeTh+jsn4OKjhDbm5v9jcc5e07dqvJ2QBzWvKde49sKTy0Y5djo6NPhFC9OWdG9jV2a3vsJndEGNdumnxJeHNssV

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

152

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 01 | [redacted]
LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: VIUDA
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 21:45
LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [redacted]
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___
DONDE FALLECIO: [redacted] GUERRERO
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: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA SE EXTIENDE A REQUERIR LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[redacted] [redacted] [redacted]
INTERESADO TESTIGO

SE DIO LECTURA A ESTE INSTRUMENTO Y A LOS INFORMES 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

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

2a Seccion
Lote 222

GOBIERNO DE LA DEFUNCIÓN
GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

REPÚBLICA
...ÓN PARA EL CASO
YCTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

Modelo 2018

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

FOLIO [redacted]

153

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [redacted]

2. CURP | 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] (Años cumplidos) | Se ignora ○9

9.1 Para menores de un año escribe el número de folio del Certificado de Nacimiento:

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)

[redacted]

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 ○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

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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

[redacted]

16.2 Colonia | 16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación | 16.5 Entidad federativa

[redacted] Día Mes Año | 21:45 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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	[redacted]	20 [illegible]	
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]	30 días	
	c Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	20 años	
	d Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	30 años	
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 ○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

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 Lugar 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

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

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

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
UNIDAD ESPECIALIZADA PARA EL CASO OTZINAPA

DEL INF.

24. NOMBRE: Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

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 ○6

27. SI E[redacted] Número de cédula profesional

28. NO[redacted] Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRM[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. [redacted] Libro No.

33.1 Acta N[redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad [redacted]

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*

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

154

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de Enero 2016.

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	18/01/2016	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	21/01/2016	[redacted]
		Funerales Rueda

SEMANA DEL 18 AL 24 DE ENERO

ATENTAMENTE

[redacted]
ADMINISTRADOR

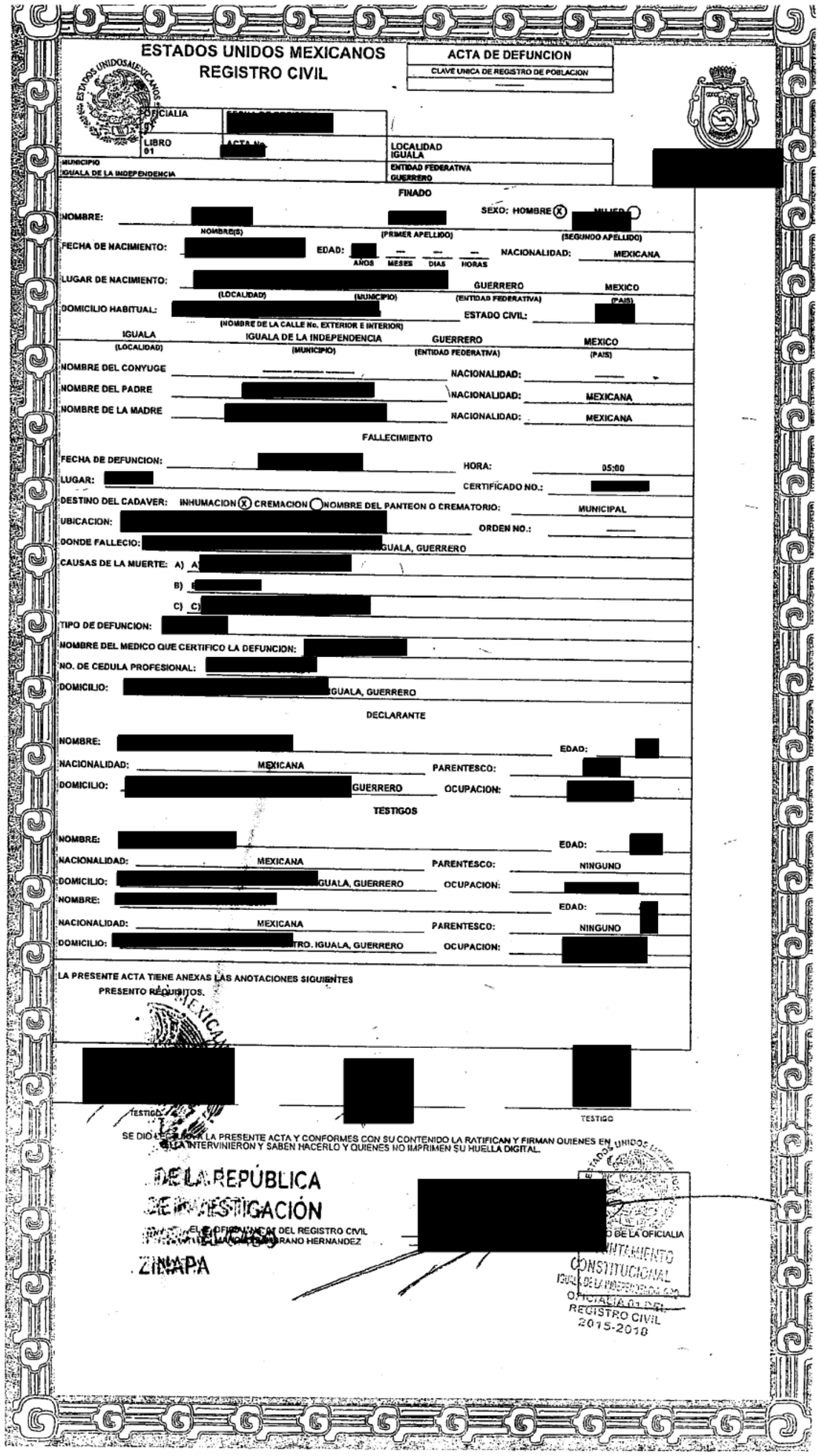
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PODER EJECUTIVO FEDERAL
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
SUBPROCURADURÍA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD ESPECIAL PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 27-01-16 Hora 12:14
Lugar Natividad A.B.

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

155



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 [redacted]
LIBRO 01 ACTA No. [redacted]
LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( ) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ----------
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 05:00
LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ----
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]
B) [redacted]
C) C) [redacted]
TIPO DE DEFUNCION: [redacted]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] TRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] TESTIGO [redacted] [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.

DE LA REPÚBLICA
[redacted]
EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL
[redacted] HERNANDEZ
ZITACUARO

[redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
[redacted] DE LA OFICIALIA
[redacted] INTERIOR
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GRATUITO
DEFUNCION
IGUALA
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

156

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2018

FOLIO [redacted]

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. 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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? SI ○1 No ○2 Se ignora ●9

6. PESO: 167 . [ ] Kilogramos Gramos

7. TALLA: 1 . 64 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ●2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted]

11.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 11.2 Colonia 11.3 Localidad: IGUALA GUERRERO

11.4 Municipio o delegación 11.5 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

[redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

[redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 16.2 Colonia 16.3 Localidad: IGUALA GUERRERO

16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 15 : 00 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ○2 Se ignora ●9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ●2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, circunstancias o términos imprecisos)

		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]	30	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	8	
	c) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	10	
	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	[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? 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 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 [redacted] describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente o violencia, 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 [redacted]

25. [redacted] DEL FALLECIDO(A)

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 ○6

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIR [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

157

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 [redacted]
LIBRO 01 [redacted]
LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] (AÑOS MESES DIAS HORAS) NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] OLONIA CENTRO (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) 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: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 04:20
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: [redacted]
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) CAUSAS NATURALES.
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: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[redacted]

FIRMAS

[redacted] DECLARANTE [redacted]

SE EXTIENDE LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA

[redacted]

DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
DEFUNCIONES DEL REGISTRO CIVIL
FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

GRATUITO
DEFUNCION
IGUALA
GUERRERO
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

158

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO 160264566

EMTREGUE 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. [redacted]

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9 — 4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. PESO: SI ○1 No ○2 Se ignora ○9 — 10158 Kilogramos . 310101 Gramos — 7. TALLA [redacted] — 8. [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 [redacted] 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: [redacted] manente donde vivía el fallecido(a)

11.2 Colonia: CENTRO — 11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: IGUALA — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ⊗3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. [redacted] Se ignora ○99

13.1 [redacted] 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 [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

[redacted] CIÓN

16.1 Calle y número: IGUALA — 16.2 Colonia: CENTRO — 16.3 Localidad: IGUALA

16.4 Municipio o delegación — 16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Año — 0614 Horas 2101 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asistolia, 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)	Debido a (o como consecuencia de): CAUSAS NATURALES		
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 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

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

23.3 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 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 [redacted] 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 — 23.7.5 Entidad federativa

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
FISCALÍA ESPECIALIZADA PARA EL [redacted]
COTZIMAPA

DEL INF.

24. NOMBRE [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 ○8

27. SI EL [redacted] Número de la cédula profesional

28. N[redacted] — 29. TE[redacted]

30. DOMICILIO [redacted] — 31. FIRMA [redacted] — 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

159

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 31 de Enero 2016.

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	25/01/2016	[redacted]
		Funerales San Pablo
[redacted]	25/01/2016	[redacted]
		Funerales San Pablo

SEMANA DEL 25 AL 31 DE

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
COLABORACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 04/02/16 Hora 13:20
Recibio

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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 [redacted] OBSERVARÁN 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

160

DEL FALLECIDO

[redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 0 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted]

11.1 Calle y número: IGUALA

11.2 Colonia

11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: GUERRERO

11.5 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: [redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN [redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA

16.2 Colonia

16.3 Localidad: IGUALA

16.4 Municipio o delegación: GUERRERO

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 03 Horas : 00 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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]		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	45 MIN	
	c) Debido a (o como consecuencia de)	2 AÑOS	
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

[redacted] DE LA REPUBLICA

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 54 AÑOS DE EDAD [redacted] EL CASO

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 estaba embarazada en los últimos 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

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 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

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL C[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: DRA. [redacted] (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

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 Motivación 1

Art.113 Fradc.1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

161

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
01	[redacted]	IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. [redacted]	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO		GUERRERO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

[redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 03:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [redacted] MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

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

B) [redacted]

C) ---

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: COMERCIANTE

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[redacted]

FIRMAS

[redacted] TESTIGO

[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.

[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

ORIGINAL DE LA CERTIFICACIÓN

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

INTERESADO

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

~~16~~
162

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

€2016€

...OS UNIDOS MEXICANOS
...DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...IÓN PARA EL CASO
...IGUTZINAPA

• "FEBRERO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

163

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 7 de Febrero 2016.

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	01/02/2016	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	02/02/2016	[redacted]
		Funerales Angelita
[redacted]	03/02/2016	[redacted]
		Funerales Rueda

SEMANA DEL 1 AL 7 DE Febrero

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 15/02/16 Hora 12:40
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

169

Iguala de la independencia, Gro., a 1 del mes ENERO del 2016.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA [redacted]
OTZINAPA DIRECTOR DE PANTEONES.

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 150287955 165

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] 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? SI ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 60 . 200 (Kilogramos . Gramos)

7. TALLA: [redacted] (Metros Centímetros)

8. FECHA DE NACIMIENTO: [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 0 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted] de vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: [redacted] CENTRO

11.2 Colonia: Iguala de la Independencia

11.3 Localidad: Iguala de la Independencia

11.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ●5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

[redacted] Se ignora ○99

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: [redacted] – 1

DE LA DEFUNCIÓN

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: ___

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO: [redacted]

16.1 Calle y número: [redacted] CENTRO

16.2 Colonia: Iguala de la Independencia

16.3 Localidad: Iguala de la Independencia

16.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 23 : 05 (Horas Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ●1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ●2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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] 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) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	25 años	
	c) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	10 años	
	d) [redacted]	8 días	
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 estaba 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: ___

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (cuartel, 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: [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: ___

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. ___, Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad ___

SALUD REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.1 Fracc. LFTAIP Motivación 1

LFTAIP Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

166

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

[redacted]

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): JESUS (Nombre(s)) | NUÑEZ (Apellido paterno) | ZAMORA (Apellido materno)

2. CURP: 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? SI ○1 | No ○2 | Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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: 85 (Años cumplidos) | 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) ○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)

[redacted]

11.2 Colonia: CENTRO

11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

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: SI ○1 | No ○2 | Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 | ISSSTE ○3 | SEDENA ○6 | 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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 | Otro lugar ○12 | Hogar ○1 | Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted]

16.1 Calle y número

16.2 Colonia: CENTRO

16.3 Localidad: IGUALA

16.4 Municipio o delegación: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) | Horas: 05 | Minutos: 10

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○X | No ○2 | Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 | No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, 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]		
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): b) [redacted]		
	Debido a (o como consecuencia de): [redacted]		
	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 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

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 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(la) fallecido(a)?

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 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 [redacted] (Nombre(s)) | [redacted] (Apellido paterno) | [redacted] (Apellido materno)

25. P[redacted]N EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) | [redacted] (Apellido paterno) | [redacted] (Apellido materno)

INVESTIGACIÓN PARA EL CA[redacted] ZINAPA

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] COL. CENTRO

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día Mes Año)

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
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

~~167~~
167

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | CEDULA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 01 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 05:10

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———

DONDE FALLECIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]

B) B [redacted]

C) C [redacted] NOXO-ISQUEMICO CEREBRAL

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] TRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] NTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] MAZON EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] FIRMAS [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 IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

[redacted] FIRMA

LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

SELLO DE LA OFICIALIA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2025-2029

AL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
N PARA EL CASO
TZINAPA

COPIA CERTIFICADA

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

168

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 14 de Febrero 2016.

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No hubo Inhumaciones		

SEMANA DEL 8 AL 14 DE Febrero

ATENTAMENTE

[redacted]
ADMINISTRADOR

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 15/02/16 Hora 12:40
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

169

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 21 de Febrero 2016.

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	19/02/2016	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	21/02/2016	[redacted]
		Funerales San Pablo

SEMANA DEL 15 AL 21 DE Febrero

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

ATENTAMENTE

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23-02-16 Hora 12:57
Recibio

[redacted]
C [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

170

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO [redacted]

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. 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP | 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? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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: [redacted] Años cumplidos | 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) ○8 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

[redacted] manente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | 11.2 Colonia: CENTRO | 11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación | 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

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

[redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

[redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | 16.2 Colonia: centro | 16.3 Localidad: iguala

16.4 Municipio o delegación | 16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año | 0 8 : 0 0 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]		
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]		
	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			

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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente ○1 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 | Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 | Granja (rancho o parcela) ○7 | Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 | Calle o carretera (vía pública) ○4 | Otro ○8 | Escuela u oficina pública ○2 | Área comercial o de servicios ○5 | Se ignore ○9

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

23.5 La defunción fue reportada al Ministerio Público con el 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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADO POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○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

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted] L. CENTRO

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

171

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted] | LIBRO 01 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA | MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 08:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 150264764

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] ENTRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) [redacted]
C) ___

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted]

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: 51

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] RO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] RO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO

LEIDA QUE FUE 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.

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

[redacted]

LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

COPIA CERTIFICADA

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

~~172~~
172

RFC: [redacted]
AV. [redacted]
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 22/02/2016 12:54:56

Fecha de Expedición : 22/02/2016 13:04:37
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección IGUALA, GRO. SERIE Ñ FOLIO 2292
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
EFECTIVO	UNA SOLA EXHIBICION	EFECTIVO	NO IDENTIFICADO

Concepto del Recibo:

APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL. [redacted] PANTEON MUNICIPAL

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
1.0	LOTE	4-02-02-09-13-00 APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL.	233.05	233.05
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	34.96	34.96
			Total	268.01

Importe con Letra:
(DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS 01/100 M.N.)

[redacted]

Falta
Acta D' Defunción
Certificado M[redacted]

[redacted]

...ERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

...8DQxLEN7/F7AEvq2ifNqwt+a8fKK27ZG9I+yHg7i7Z2BzgwfB9ZwpXvGR7UDvUf8yG/GThQ6+I/Y1ButM6nNF
...8DQxLEN7/F7AEvq2ifNqwt+a8fKK27ZG9I+yHg7i7Z2BzgwfB9ZwpXvGR7UDvUf8yG/GThQ6+I/Y1ButM6nNF
...zwbMqXHSh1Uu2Bo67yYy9hqE8oddd...
PnyfwQadQCMVQR31Q5c98JYho7eVwcuHietQ/qHOs5M7Sf3PtoGLQe6kxtas9mErn

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

1.0|106baf67-e8a4-4750-9175-2379b3b1b77d|2016-02-22T12:54:56|IkPHclAYTZfICLRUfEcMvk8n/mAl6qvgoLvcFeSH1uaeG0XtzyUMeI7Fwz2MyHXQ8DQxLEN7/F7AEvq2ifNqwt+a8fKK27ZG9I+yHg7i7Z2BzgwfB9ZwpXvGR7UDvUf8yG/GThQ6+I/Y1ButM6nNFwVZoFXLpLg5ym/4fo9rTziMm6m+KBZ3fCua8vZFihytM1eFxkoR2sZ6iFyz/sFCQrLc0WvtjKquYJmXdNx80TBND6R68URuWbJ+q/e7sX7nAEvPJ3TPfhOIJAv3b71SVwkL2h/+txkHZ2fgTBlAoBfFknuTHhQaj5/yrj1Ax4f7UW7mOST+slipTH

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

173

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. 2015 - 2018

RFC: [redacted]
AV. [redacted]
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 22/02/2016 12:55:56

Fecha de Expedición : 22/02/2016 13:05:38
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección IGUALA, GRO. SERIE Ñ FOLIO 2291
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
EFECTIVO	UNA SOLA EXHIBICION	EFECTIVO	NO IDENTIFICADO

Concepto del Recibo:

INHUMACION POR CUERPO. [redacted] PANT. MPAL.

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
1.0	LOTE	4-02-09-01-00-00 INHUMACION POR CUERPO.	93.92	93.92
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.09	14.09
			Total	108.01

Importe con Letra:
(CIENTO OCHO PESOS 01/100 M.N.)

...DE LA REPÚBLICA
...L DE INVESTIGACIÓN
...N PARA EL CASO
...TZINAPA

...MARCO ANTONIO ALONSO LOZA

...ello digital del CFDI:

QWzJFf7Ji4DU7f/CCjvVXJ3DtuGJl0EtlXkP870FZyC5untamrIZV7adssPhMnoLkKBs2qpiG1zE3sOJ0xid29SlYoasGFHaWl4mpjHHVcUPPh71KMcCqBjFMsklbjyfVNA/XcvCSLGzr8isa3VB70yL
ExaZjegAMH2Y2W51a5KjZcUmx7PW1uSpalbejLfZeGbdGy0733u+vwrUbjjYMKDy4gFgdBWC6ChpbFxOaO4NgbXTgodcusGmO6jD0KhRa1PJpu6VYLOirlXSmewsQUCKplj01ufzlsjyJ1MkD/B
NgDLUZ31ZoZfiPPmvy3FEQ0Ja2nfv79M7p88BtQ==

~~...ello del SAT:~~

s/Le4DA+kErtUr8LC3suV0ZqwZiBeBB7lzNZeG0uTfZAvuwhT6I3nHf07OVyg2bKwJiqk48Uv6pzl/ipwTluvx7SRMP+mNjY6f56WcfjOXWGOaNGv1jxoSuJOlRzy0O2Pxs
Q0cgB1qYX9Qji0lSuBU4XEk9hBd+EoZVQwfPgzBl=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

1.0|a52c30fd-96cb-4263-a165-00d566ef98ab|2016-02-22T12:55:56|IQWzJFf7Ji4DU7f/CCjvVXJ3DtuGJl0EtlXkP870FZyC5untamrIZV7adssPhMnoLkKBs2qpiG1zE3
OJ0xid29SlYoasGFHaWl4mpjHHVcUPPh71KMcCqBjFMsklbjyfVNA/XcvCSLGzr8isa3VB70yLLExaZjegAMH2Y2W51a5KjZcUmx7PW1uSpalbejLfZeGbdGy0733u+v
rUbjjYMKDy4gFgdBWC6ChpbFxOaO4NgbXTgodcusGmO6jD0KhRa1PJpu6VYLOirlXSmewsQUCKplj01ufzlsjyJ1MkD/BhNgDLUZ31ZoZfiPPmvy3FEQ0Ja2nfv79M7

[redacted]

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

174

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 28 de Febrero 2016.

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	22/02/2016	[redacted] Fosa Comun
[redacted]		

SEMANA DEL 22 AL 28 DE Febrero

[redacted]

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

Recibí
29/02/16
[redacted]

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

175

Iguala de la Independencia Gro; 22 de Febrero **2016**

MEMORANDUM

Se otorga al C. [redacted]
Con domicilio [redacted] Col. San Gerardo
La inhumación en fosa de temporalidad a la persona que en vida respondió al nombre de: [redacted]
en [redacted] panteon municipal.
de esta ciudad.

La persona autorizada entregara en estas oficinas los siguientes documentos:

1. Copia de certificado de defunción.
2. Copia del acta de defunción.
3. Copia del pago de apertura de fosa.
4. Copia del pago de inhumación.

FOSA COMUN [redacted]

DIRECCION [redacted]ES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]A

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

~~1~~ 176

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- AMPLIACION

- €2016₹

- "MARZO"

NERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

177

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 06 de Marzo 2016.

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	04/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

SEMANA DEL 29 AL 04 DE MARZO

[redacted] 09/03/16

ATENTAMENTE

[redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

178

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO.
2015 - 2018

Iguala de la Independencia Gro; 04 de marzo 2016

MEMORANDUM

Se otorga al C. [redacted]

Con domicilio [redacted] col. Los Angeles.

La inhumación en fosa de temporalidad a la persona que en vida respondio al nombre de: [redacted]

En [redacted]

Panteón municipal de esta Ciudad.

La persona autorizada entregara en estas oficinas los siguientes documentos:

1.- Copia de certificado de defunción.
2.- Copia del acta de defunción.
3.- Copia del pago de [redacted] fosa.
4.- Copia del pago de [redacted]

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

179

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 13 de Marzo 2016.

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	07/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]		
[redacted]	8/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	11/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

SEMANA DEL 07 AL 13 DE Marzo

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

ATENTAMENTE

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 14-03-16 Hora 2:22
Recibio Natividad

[redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

180

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO [redacted]

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 50 (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 [redacted] (Años cumplidos) 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) ○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)

[redacted] (11.1 Calle y número) Jardines del Sur (11.2 Colonia) Iguala (11.3 Localidad)

Iguala (11.4 Municipio o delegación) Guerrero. (11.5 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: Se ignora ○99

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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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)
IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 (15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES))
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16. [redacted] (16.1 Calle y número) [redacted] (16.2 Colonia) Iguala. (16.3 Localidad)

Iguala (16.4 Municipio o delegación) Guerrero. (16.5 Entidad federativa)

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 18:20 (Horas Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]		3 minutos	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica — b) [redacted]	Debido a (o como consecuencia de)	15 años	
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	[redacted]	10 años	

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 [illegible] relacionada en los [illegible] 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

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
[illegible] 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 ante el Ministerio Público con el acta número: [illegible] ERAL DE LA REPÚBLICA [illegible] DE INVESTIGACIÓN [illegible] ÓN PARA EL CASO [illegible] AYOTZINAPA

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidente [illegible] donde ocurrió el deceso, anote:
23.7.1 Calle y número [redacted] 23.7.2 Colonia [redacted] 23.7.3 Localidad [redacted]
[redacted] (Municipio o delegación) [redacted] 23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

25. PA[redacted]A) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. S[redacted]O (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día Mes Año)

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
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

181

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 02 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS | NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) | ESTADO CIVIL: [redacted]
[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ____ | NACIONALIDAD: ____
NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) | NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) | NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] | HORA: 18:20
LUGAR: HOGAR | CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] | ORDEN NO.: ____
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) B) [redacted]
C) ____
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: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO, IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA [redacted] LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO [redacted]

FIRMAS

TESTIGO | DECLARANTE | TESTIGO

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

[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [redacted]

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL SELLO DE LA OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

GRAN FUNCIONARIO
DEFUNCION
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

18
182

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]

2. CURP | 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? SI ○1 No ☒2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] (Años cumplidos) | 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RES [redacted]
11.1 Calle y número: Igual — 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: Igual —
11.4 Municipio o delegación: Igual — 11.5 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero): Guerrero.

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
[redacted] AL Se ignora ○99
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

DE LA DEFUNCIÓN

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
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ☒11 Se ignora ○99

16. DO [redacted] Col [redacted]
16.1 Calle y número: Igual — 16.2 Colonia: Igual — 16.3 Localidad: Guerrero.
16.4 Municipio o delegación: Igual — Gro 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año | 10:50 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☒1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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] Debido a (o como consecuencia de)	3minut	
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 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 ○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

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
23.3 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 ante el Ministerio Público con el acta número
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión
ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AVOZZINADA
23.7 Sólo en caso de accidente (anote calle y número)
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
Nomb [redacted] pellido pat [redacted] Apellido mate [redacted]
25. [redacted] EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8
27. SI EL [redacted]
28. NOMBRE [redacted]
29. TELÉFONO [redacted]
30. DOMICILIO [redacted] Igual — Col. [redacted] Gro.
31. FIRMA [redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted]

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

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

183

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 02 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 19:50

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

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

B) ___

C) ___

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA SE EXTIENDE CON LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO CONSTITUCIONAL

FIRMAS

[redacted] TESTIGO

DECLARANTE

[redacted] TESTIGO

AL DE LA REPÚBLICA

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL CASO SUPIERON HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

AL DE INVESTIGACION

ÓN PARA EL CASO

OTZINAPA

[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

SELLO DE LA OFICIALIA

GRATUITO

GUERRERO

OFICIALIA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

~~184~~
187

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de Abril 2016.

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	28/03/2016	[redacted]
		Funerales Rueda

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

SEMANA DEL 28 AL 03 DE Abril

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 11-04-16 Hora 2:30
Recibio Natividad

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

Orlando.

185

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 02 | ACTA No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) — SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] — EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS — NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) — ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE — NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE [redacted] — NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] — NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] — HORA: 19:40
LUGAR: HOGAR — CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] — ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]
B) B) [redacted]
C) C) [redacted]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] — EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA — PARENTESCO: HIJO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO — OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] — EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA — PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO — OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] — EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA — PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] L. CENTRO, IGUALA, GUERRERO — OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

REPÚBLICA
ESTIGACIÓN
CASO

FIRMAS

[redacted] — [redacted]
TESTIGO — DECLARANTE — TESTIGO

OTZINACA

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

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 180233036

186

"SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] Nombre(s) — [redacted] Apellido materno

2. CURP

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 . Gramos

7. TALLA: 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 cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○8

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

[redacted] 11.1 Calle y número — 11.2 Colonia — 11.3 Localidad

TOMA DE LA TUBERCULINA — 11.4 Municipio o delegación — 11.5 Entidad federativa o país (si resida 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. [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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] 16.1 Calle y número — 16.2 Colonia — 16.3 Localidad

TOMA DE LA TUBERCULINA — 16.4 Municipio o delegación — [redacted] 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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]		
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]	6 MESES	
	c) Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	10 AÑOS	
	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 MUJER DE 12 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 estaba embarazada pero sí cursaba alguno de los últimos 12 meses antes de 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

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 trabajo: Sí ○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 relación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

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

23.7 Sólo en caso de accidente, anote dónde 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: [redacted] Nombre(s) — [redacted] Apellido paterno — [redacted] Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) — [redacted] Apellido paterno — [redacted] Apellido materno

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

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 — 34.2 Municipio o delegación — 34.3 Entidad federativa — 34.4 [redacted] 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*

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

187

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 20 de Marzo 2016.

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	15/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	18/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales San Pablo
[redacted]	19/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez

SEMANA DEL 14 AL 20

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 28/03/16 Hora 12:20 hrs
Recibio [redacted]

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

[redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

188

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO 160278059

ANTES DE LLENAR USA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: [redacted] Ignora ○99

3. SEXO: Hombre ●1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLÁBA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 0[redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ●5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted] permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: San Jose

11.2 Colonia: Iguala

11.3 Localidad: Iguala de la Independencia

11.4 Municipio o delegación: Guerrero

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [redacted]AL

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ●7 Posgrado ○10 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]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted] 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)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

16.2 Colonia: San Jose

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Guerrero

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] 20 Horas : 36 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]	48 horas	
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]	8 días	
	c) Debido a (o como consecuencia de): [redacted]	15 días	
	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 ○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

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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (internado, cuartel, 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 ante el Ministerio Público con el acta número: [redacted] 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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

2[redacted]O CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

[redacted]E ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

[redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

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: Iguala

34.2 Municipio o delegación: Iguala

34.3 Entidad federativa: Guerrero

[redacted] (Día Mes Año)

ANTES DE LLENAR ESTE CERTIFICADO LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

189

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION [redacted]

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO: [redacted]
LIBRO 02 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD: IGUALA
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE [redacted] MUJER [redacted]
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] (AÑOS) (MESES) (DIAS) (HORAS) | NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) | ESTADO CIVIL: [redacted]
[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] | HORA: 20:36
LUGAR: [redacted] | CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] | ORDEN NO.: ------
DONDE FALLECIO: AV. [redacted] IGUALA, GUERRERO
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] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] ALA, GUERRERO | OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] ALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] | EDAD [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] | OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

TESTIGO [redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO

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

[redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL
IÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

GUERRERO GOBIERNO DEL ESTADO

CERTIFICADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

140

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) — Nombre(s): [redacted] — Apellido paterno: [redacted] — Apellido materno: [redacted]

2. CURP: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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?: SI ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 cumplidos) [redacted] | 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) ○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 Calle y número: [redacted] — 11.2 Colonia: [redacted] — 11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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 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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número: [redacted] — 16.2 Colonia: [redacted] — 16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala — 16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año — 0 4 : 1 5 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: SI ●1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: SI ○1 No ●2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	2 meses	
	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) [redacted]	3 meses	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	c) [redacted]		
	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			

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 Un embarazo 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

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 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: [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

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] Col. Guerrero Iguala Gro.

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

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 Motivación 1

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

141

ENTREGUE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL FALLECIDO FUE ENVIADO 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 F[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: 120 . 000 (Kilogramos . Gramos)

7. TALL[redacted] (Metros, Centímetros)

8. F[redacted] (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 1 (Meses); Para personas de un año o más [redacted] (Años cumplidos); 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ●2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RES[redacted]

11.1 Calle y número: Iguala

11.2 Colonia

11.3 Localidad: Guerrero

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si resida 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

[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

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○ [redacted]; 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)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. D[redacted]

16.1 Calle y número: Iguala

16.2 Colonia

16.3 Localidad: Guerrero

16.4 Municipio o delegación: Iguala

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA [redacted] (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, 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]		1 día	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [redacted]		3 días	
c) [redacted]		5 días	
d) [redacted]		5 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [redacted]		15 años	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 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

Información para uso estadístico

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Lugar 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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Apellido materno)

25. [redacted] FALLECIDO(A)

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 ○8

27. S[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMB[redacted] (Apellido paterno, Apellido materno)

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] Col. San. José, Iguala, Gro

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día, Mes, Año)

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
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

142

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 02 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD [redacted] AÑOS + --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) ACAPULCO DE JUAREZ (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] ALTAMIRA (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ----------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: [redacted]

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 20:08

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] IMERA AMPLIACION ORDEN NO.: ----------

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) B) [redacted]
C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: AV. DEL ESTUDIANTE NO. 4. COLONIA SAN JOSE . IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

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

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE PRESENTE LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO RESULTADO

FIRMAS

RA DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO

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

[redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SELLO DE LA OFICIALIA
DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO NOS NECESITA A TODOS

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

193

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 27 de Marzo 2016.

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 21 AL 27 DE Marzo

RAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 28/03/16 Hora 12:20 hrs
Recibio Ayda Tavera

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

194

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

$2016

GENERAL DE LA REPÚBLICA
PECIAL DE INVESTIGACIÓN
GACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

"ABRIL"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

195

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de Abril 2016.

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	08/03/2016	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	10/03/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales San Pablo

SEMANA DEL 04 AL 10 DE Abril

[redacted]

[redacted] DE LA R[redacted] ATENTAMENTE
[redacted] DE INVESTIGACIÓN
[redacted]

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y [redacted]ARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 11-04-16 Hora 2:30
Recibio Natividad.

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

196

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 08 de Abril de 2016.

Se autoriza al C. [redacted] Fosa en Temporalidad para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en el Panteón 1era. Ampliación.

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

C. [redacted]
DIRECCION DE PANTEONES.

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

147

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0061

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes abril del 2016.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. 2-43-03 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

[redacted]

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

C. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
ATENCIÓN A LA VÍCTIMA

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 198

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de Abril 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 11 AL 17 DE Abril

UNIDOS MEXICANOS
...RAL DE LA REPÚBLICA
...IAL DE INVESTIGACIÓN
...IÓN PARA EL CASO
...VOTEPAN

ATENTAMENTE

[redacted]

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

...GUALA
...SPARENCIA Y
...ESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 20/ABRIL/16 Hora 11:45:58
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 199

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de Abril 2016

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		
[redacted]		

SEMANA DEL 18 AL [illegible] DE ABRIL

[illegible]
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/ABR/16 Hora 19:45 hrs
Recibio

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

200

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- # AMPLIACION

2016-2017

- # "MAYO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 201

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 08 de Mayo 2016

P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		
[redacted]		

SEMANA DEL 02 AL 08 DE MAYO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/05/16 Hora 13:35:10
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

202

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 15 de Mayo 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	09/05/2016	[redacted]
[redacted]	11/05/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	11/05/2016	[redacted]
		Funerales Rueda

SEMANA DEL 09 AL [redacted] DE MAYO

...UNIDOS MEXICANOS
...FISCAL DE LA REPÚBLICA
...FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
...ATENCIÓN PARA EL CASO
...AYOTZINAPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 13/05/16 Hora 11:45 hrs
Recibio

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

203

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

RFC: [redacted]
AV. VICENTE GUERRERO NO. 1
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 09/05/2016 14:25:59

Fecha de Expedición : 09/05/2016 14:40:34
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección [redacted]
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
EFECTIVO	UNA SOLA EXHIBICION	EFECTIVO	NO IDENTIFICADO

Concepto del Recibo:

APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL. [redacted]

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
[redacted].0	LOTE	4-02-02-09-13-00 APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL.	233.05	233.05
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	34.96	34.96
			Total	268.01

Importe con Letra:
(DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS 01/100 M.N.)

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
CIUDADANA

[redacted]

Sello digital del CFDI:

Q9vScOpp6bFxQftvQ2P+2WZbrF3gmwIuBbrxxByOpqME29/EBFJV1cxWF5dT1WU8xL8lP9JcGOyIBk4XbSovnbcJkv+QcjqKYU9qKYn73OEy80YUtaBYkXc0JDPtq3qn25neidh2RlYtE93xB8kR2DWd/m/qYxho1cfG7NB0gS857fl8iUvCATcWyDOaLy76KcTdLp6l+dERQ6AnRQSaS7DfN/jCzaTCULA8AGXix2tuNRNLJ+r7kjV0zScv0+im9RZilawIfzFUYSO4Sn6qBqeEvCOZy25WEAy9U+WwSS0U1CVRRR8WtvYAHfa7Ypn6Q7oULglX1IM3gRdTnc20/g==

Sello del SAT:

eihmzDK3dRABzxZMGPuBelM4EtNFtWdWUJMsOEFDRSxGqie0aYXhX9de1Rfumcc//m23koXSwKflgsj2HRpxn8BRWAVenD3iQtuO3OtjU6lV00ZuoqJ/qj+KkHdTWvyWcpKN/363s7H8KQO0+R/yULR5LcwCwVEWzG9z0K13qHA=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.0|8ed6b3f8-03cd-4b35-b944-604cc45c7b6d|2016-05-09T14:25:59|Q9vScOpp6bFxQftvQ2P+2WZbrF3gmwIuBbrxxByOpqME29/EBFJV1cxWF5dT1WU8xL8lP9JcGOyIBk4XbSovnbcJkv+QcjqKYU9qKYn73OEy80YUtaBYkXc0JDPtq3qn25neidh2RlYtE93xB8kR2DWd/m/qYxho1cfG7NB0gS857fl8iUvCATcWyDOaLy76KcTdLp6l+dERQ6AnRQSaS7DfN/jCzaTCULA8AGXix2tuNRNLJ+r7kjV0zScv0+im9RZilawIfzFUYSO4Sn6qBqeEvCOZy25WEAy9U+WwSS0U1CVRRR8WtvYAHfa7Ypn6Q7oULglX

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

204

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

RFC [redacted]
AV. VICENTE GUERRERO NO. 1
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 09/05/2016 14:26:57

Fecha de Expedición : 09/05/2016 14:41:32
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección [redacted]
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
EFECTIVO	UNA SOLA EXHIBICION	EFECTIVO	NO IDENTIFICADO

Concepto del Recibo:

INHUMACION POR CUERPO. [redacted]

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
[redacted].0	LOTE	4-02-09-01-00-00 INHUMACION POR CUERPO.	93.92	93.92
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.09	14.09
			Total	108.01

Importe con Letra:
(CIENTO OCHO PESOS 01/100 M.N.)

ERAL DE LA REPUBLIC
DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted]ero: MARCO ANTONIO ALONSO LOZA

Sello digital del CFDI:

NGG+irhowUVuZB1S+69SP8QIVZBmUJJwmfAb+pfldwbybCwkrWa9KbuN3NyyX9mc0Kmk0EF8YPuQ/vl5tziJSR4VOWm77ltQvKUZsnKOBZCS2rdqebIF7oDAbdsqz6PkAXEjO3uKR/OxLLAYrf
P1olttKw9NzN3FUx+fgIOCzEtwfVRu2t2eWvrGYKLW4sC6ocObTXUi2O80oWCjaGEjKS1gsxy3poLKspdDZF/hg0HSscHx/nlnA43unTOdMdXVOuympxvfhnbkLpNn+H+p6DiwMNFAu5kgU6DLW
PVlezL6jfIlR3d8xOXXem7rC4y3RdP+/AAMd3FmOYJQh+OVjg==

Sello del SAT:

r0UVujqnwyqYYx3+i11bWGqMZkgNjikBY5N5cy58cFHB1Ifkgn9aPCUwx8saJ7lphuWuS7iu7LMkfgXSLWaO/3Lb6vKmrvsmuiNPrFkIjgnk7d+ENzF+fe7eVFxT3/5JFHnIg
wjsgfSi/Q9rrudzEUxwrYMXEjI39lOye7ExRw=

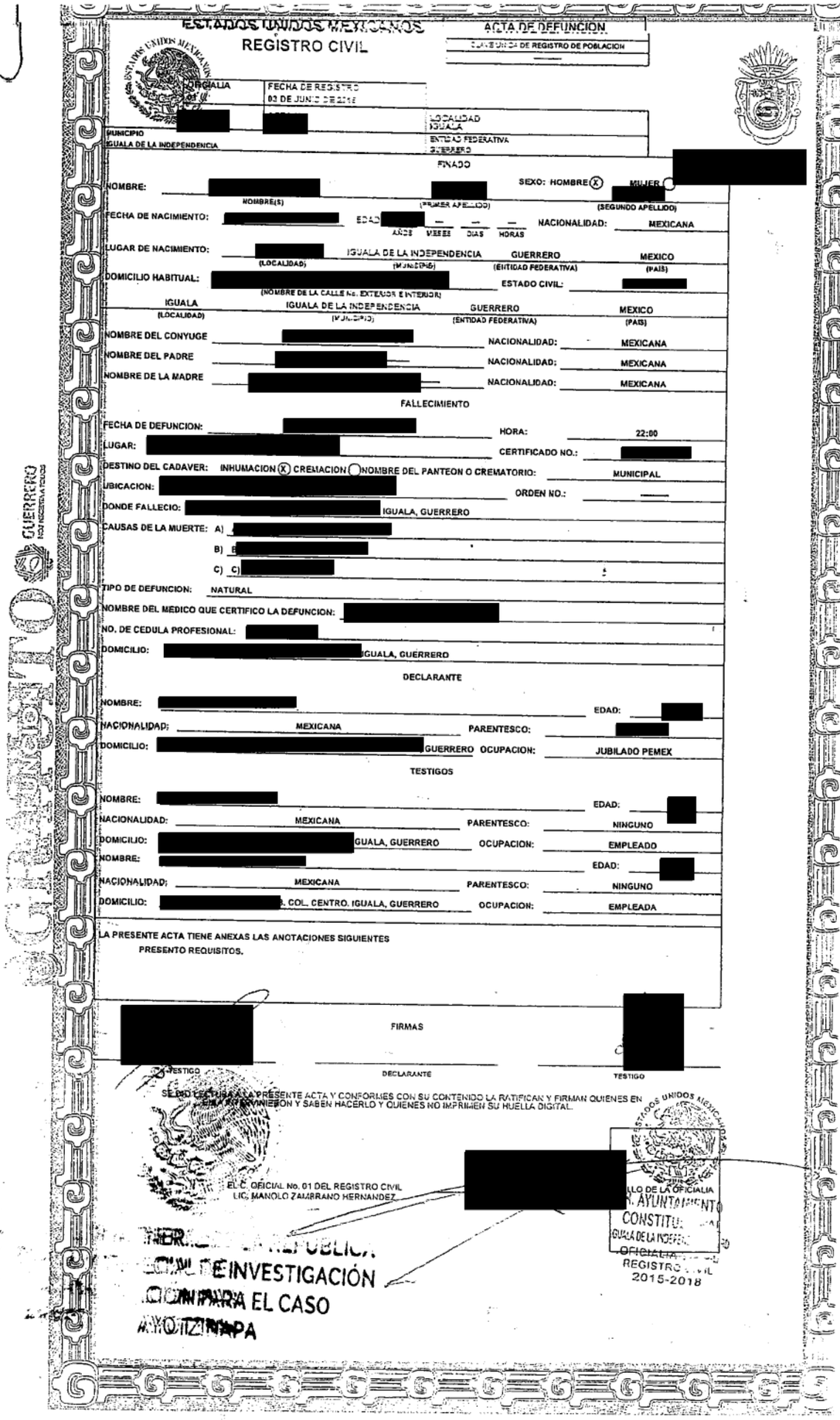
Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.0|711d0764-0fd9-4ce9-a0b8-09e7b18767af|2016-05-09T14:26:57|NGG+irhowUVuZB1S+69SP8QIVZBmUJJwmfAb+pfldwbybCwkrWa9KbuN3NyyX9mc0Kmk0EF
8YPuQ/vl5tziJSR4VOWm77ltQvKUZsnKOBZCS2rdqebIF7oDAbdsqz6PkAXEjO3uKR/OxLLAYrfP1olttKw9NzN3FUx+fgIOCzEtwfVRu2t2eWvrGYKLW4sC6ocObTXUi
2O80oWCjaGEjKS1gsxy3poLKspdDZF/hg0HSscHx/nlnA43unTOdMdXVOuympxvfhnbkLpNn+H+p6DiwMNFAu5kgU6DLWPVlezL6jfIlR3d8xOXXem7rC4y3RdP+/AAM

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO 03 DE JUNIO DE 2015 | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 22:00

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ——

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

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] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: JUBILADO PEMEX

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] COL. CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[redacted] TESTIGO — DECLARANTE — [redacted] TESTIGO

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

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. MANOLO ZAMBRANO HERNANDEZ

[redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
...LLO DE LA OFICIALIA
...AYUNTAMIENTO
CONSTITU...
IGUALA DE LA INDEPE...
OFICIALIA
REGISTRO CIVIL
2015-2018

...EINVESTIGACIÓN
...A EL CASO
...OTZINAPA

GUERRERO
NON NECESSITA FOLIO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

206

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

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

1. NOMBRE DEL: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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: 78 . 000 (Kilogramos . Gramos)

7. TALL[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 [redacted] (Años cumplidos) | 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

11. [redacted]nente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: Iguala

11.2 Colonia: Centro

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 | Preescolar ○12 | Primaria incompleta ○2 | Primaria completa ⊗3 | Secundaria incompleta ○4 | Secundaria completa ○5 | Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 | Bachillerato o preparatoria completa ○6 | Profesional ○7 | Posgrado ○10 | Se ignora ○99

13. [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 | IMSS ○2 | ISSSTE ○3 | PEMEX ⊗4 | SEDENA ○5 | SEMAR ○6 | Seguro Popular ○7 | IMSS Oportunidades ○10 | Otra ○8 | Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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)

Vía pública ○10 | Otro lugar ○12 | Hogar ○11 | Se ignora ○99

16. DOMICILIO [redacted]N

16.1 Calle y número: Iguala

16.2 Colonia: Centro

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 22 : 00 (Horas : Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ⊗4 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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]	1 hora	
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]	15 años	
	c) Debido a (o como consecuencia de): [redacted]	20 años	
	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 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

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? Sí ○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

23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMB[redacted] (Nombre(s)) (Apellido materno)

25. PARE[redacted]ALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADO POR: Médico tratante ○1 | Médico legista ○2 | [redacted] médico ○3 | Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 | Autoridad civil ○5 | Otro ○8

27. SI EL CERTIFICAN[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN (Día Mes Año)

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

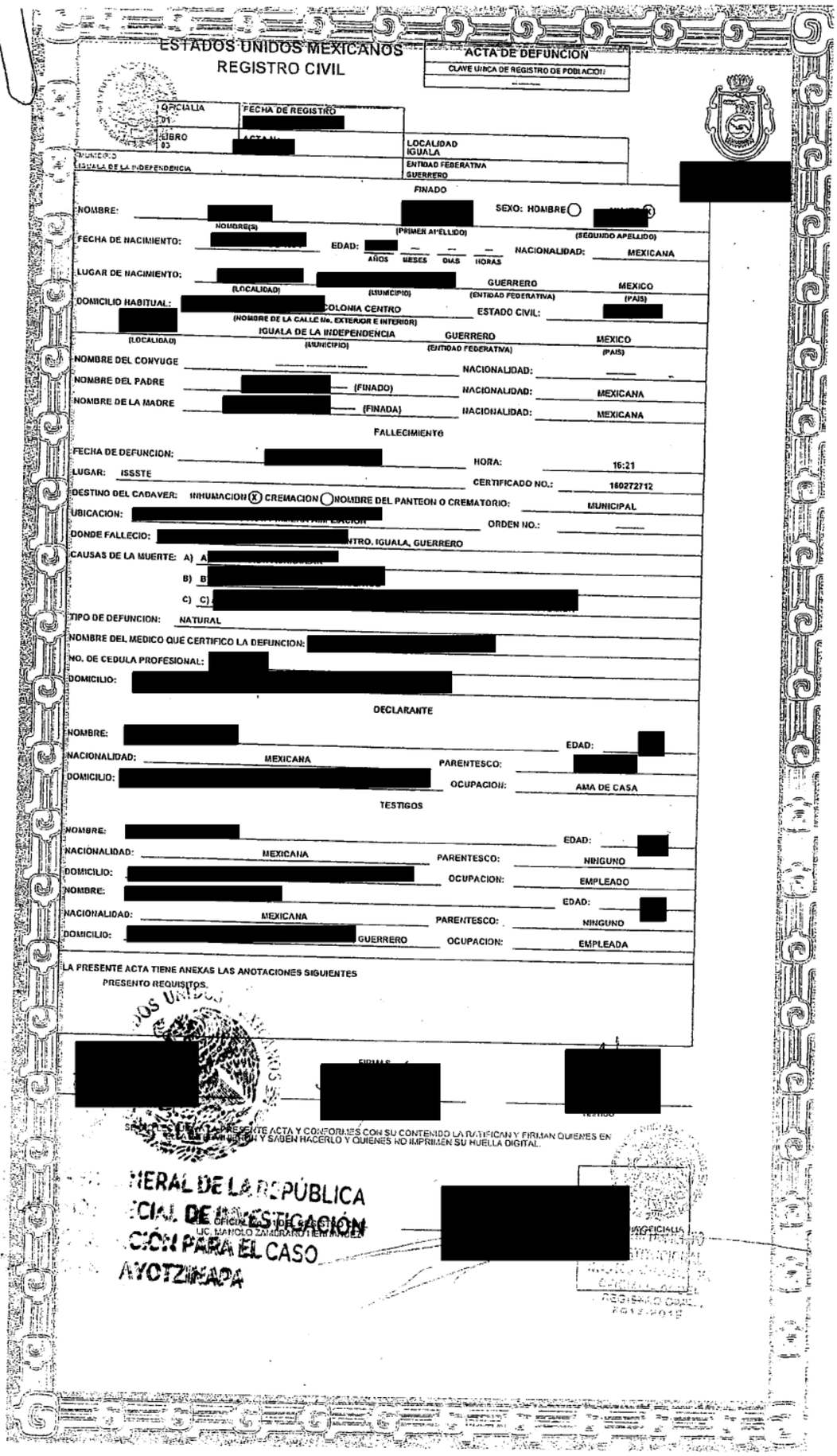
34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación | 34.3 Entidad federativa | 34.4 Día Mes Año

ADVERTENCIA: 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.1
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

OFICIALIA: 01
FECHA DE REGISTRO: [redacted]
LIBRO: 03
ACTA: [redacted]
LOCALIDAD: IGUALA
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS __ MESES __ DIAS __ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] COLONIA CENTRO (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ____ NACIONALIDAD: ____
NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 16:21
LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: 160272712
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ____
DONDE FALLECIO: [redacted] NTRO. IGUALA, GUERRERO
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: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] FIRMAS [redacted] TESTIGO

SE LEE LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN [redacted] Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[redacted]

OFICIALIA

REGISTRO CIVIL

FISCALIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
OFICIALIA DE PARTES
LIC. MANOLO ZAMORANO TEMPANDO
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

207

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

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, 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 FALLE[redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP [redacted] 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 31.000 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 0 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ●2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL [redacted] nicilio donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — 11.2 Colonia: COL. CENTRO — 11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: GUERRERO — 11.5 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 [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]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted]
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)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted]
16.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — 16.2 Colonia: COL. CENTRO — 16.3 Localidad: IGUALA
16.4 Municipio o delegación: GUERRERO — 16.5 Entidad federativa

17. [redacted] Día Mes Año — 16 Horas : 21 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]	10 min	
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]	48 HRS	
	Debido a (o como consecuencia de): [redacted]	72 HRS	
	d) [redacted]	10 AÑOS	
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 ○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

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? Sí ○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 ante el Ministerio Público con el acta [redacted] Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidentes de tránsito, especifique 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 [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil ○5 Otro ○8

[redacted] ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno)

29. TELÉFONO

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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

[redacted] DEBE PRESENTARSE ESTE ORIGINAL Y EL SIGUIENTE AL REGISTRO CIVIL

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 704

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 22 de Mayo 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	16/05/2016	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	22/05/2016	[redacted]
		Funerales Jardines de la Paz

...ERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
...YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/05/16 Hora 12:45 hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

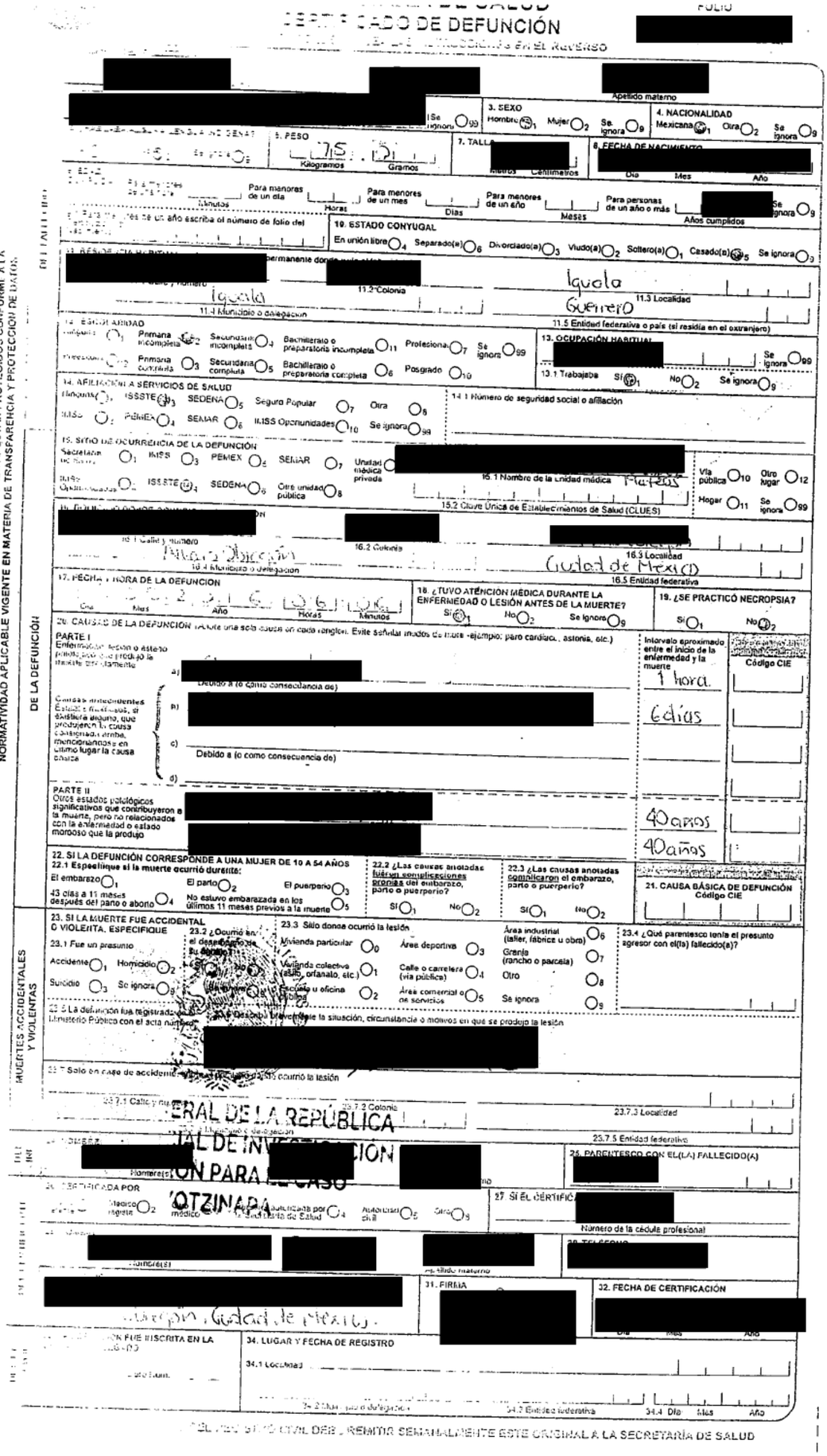
...MANA DEL 16 AL 22 DE Mayo

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO [redacted]

210

Apellido materno

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 9

5. PESO Kilogramos 75 Gramos 01

7. TALLA Metros [redacted] Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO Día [redacted] Mes Año

Para menores de un día Horas Minutos

Para menores de un mes Días

Para menores de un año Meses

Para personas de un año o más Años cumplidos [redacted] Se ignora 9

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

11.1 Calle y número [redacted]

11.2 Colonia Iguala

11.3 Localidad Iguala

11.4 Municipio o delegación Guerrero

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Primaria completa 3 Secundaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Bachillerato o preparatoria completa 6 Profesional 7 Posgrado 10 Se ignora 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL [redacted] Se ignora 99

13.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguno 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 [redacted] IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

15.1 Nombre de la unidad médica Hospital

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16.1 Calle y número [redacted]

16.2 Colonia [redacted]

16.3 Localidad [redacted]

16.4 Municipio o delegación Miguel Hidalgo

16.5 Entidad federativa Ciudad de México

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 2 Mes 01 Año 2016 Horas 10 Minutos 00

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco-, asfixia, etc.)

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

a) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándolas en último lugar la causa básica

b) [redacted] 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

a) 1 hora.

b) 6días

c)

d)

Código CIE

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

40 años

40años

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

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? 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 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(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 [redacted]

23.7 Sitio en caso de accidente 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. DENUNCIA [redacted]

Nombre(s)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

26. CERTIFICADA POR Médico(a) tratante 2 Médico(a) legista 3 Autoridad sanitaria 4 Autoridad civil 5 Otra 9

27. SI ÉL CERTIFICÓ [redacted]

Número de la cédula profesional

28. TELÉFONO [redacted]

29. [redacted]

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 [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

34.2 Municipio o delegación

34.3 Entidad federativa

34.4 Día Mes Año

EL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA DETENER LA INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADÁVERES EN EL PANTEÓN O CREMATORIO. LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA A LA FAMILIA DEL DIFUNTO. LA 2ª COPIA (AZUL) PARA EL REGISTRO CIVIL. LA 3ª COPIA (BLANCA) PARA EL INTERESADO. LA 4ª COPIA (AMARILLA) PARA EL ARCHIVO DEL SEMEFO. ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL CUANDO SE PRESENTE LA FAMILIA DEL DIFUNTO.

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113 .
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

211

[redacted]

CONCEPTO	DESTINO	OBSERVACIONES
1.- Inhumación o incineración de cadáveres. (Si se efectúa antes de las 12 horas o después de las 48 horas).	Lugar donde se realiza	Embalsamado Si ◯ No ◯
2.- Exhumación prematura	Lugar de la reinhumación	
3.- Traslado de cadáveres	Lugar de destino	Embalsamado Si ◯ No ◯
4.- Internación de cadáveres	[redacted]	Embalsamado Si X No ◯
5.- Traslado de restos áridos	Lugar de destino	

Nombre [redacted] Edad

[redacted] de la defunción [redacted] años.

[redacted] a las 06.06.

Nombre [redacted]

[redacted]

Con fundamento en los artículos 313 Fr. III, IV, VI y IX, 319, 342, 348, 349, 350; 350-Bis; 350 Bis-1, 350 Bis-4, 350 Bis-6, 350 Bis-7; 375 Fr. V de la Ley General del Salud; Artículos 7, 9, 13, 67, 68 y 100 Fr. II, IV, V, VI y VII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia del Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, Artículos 70 Fr. I inciso i, 121 Fr. II, 158, 159, 160 de la Ley de Salud del Distrito Federal, Artículos 42, 45, 47, 48, 49, 52, 53 del Reglamento de Cementerios del Distrito Federal, Artículos 5 Fr. I inciso s. 17 Fr. I inciso e, del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, Artículos 1, 2, 12 y 13 del Reglamento para Agencias de Inhumaciones en el Distrito y Territorios Federales, se autoriza al solicitante:

PARA EL CASO

TZINAPA

[redacted]

México D.F. a 15 de Mayo de 201 6

Hora de expedición 1:06 Hrs.

Responsable de trámites funerarios

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

212

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

CDMX

ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	DE	[redacted]

REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL REGISTRO CIVIL

FINADO

Nombre [redacted] Edad [redacted] AÑO(S) Genero [redacted]

Lugar de Nacimiento --

Ocupación [redacted]

Domicilio [redacted] UALA, GUERRERO

Estado Civil [redacted] Nacionalidad MEXICANA

Nombre del Padre _____

Nombre de la Madre _____

FALLECIMIENTO

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. [redacted]

En el PANTEON MUNICIPAL

Ubicado en IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO

Fecha de la Defunción [redacted] Hora Defunción 06:06

Lugar de la Defunción [redacted] ÁLVARO OBREGÓN, CIUDAD DE MEXICO

Causa(s) de la Muerte [redacted]

Médico que Certifica [redacted] Cédula Profesional [redacted]

Domicilio del Médico [redacted] IUDAD DE MEXICO

DECLARANTE

Nombre [redacted] Edad [redacted] AÑOS

Parentesco con el Finado [redacted]

Nacionalidad MEXICANA

Domicilio [redacted]

ANOTACIONES :

RAL DE LA RE [redacted]
AL DE INVEST
ÓN PARA EL C
OTZINAPA

FIRMA

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, impri [redacted] autoriza. Doy fé. EL JUEZ 18 DEL REGISTRO CIVIL

CERTIFICO que la presente copia fotostática VÁLIDA ÚNICAMENTE PARA TRASLADO, concuerda fielmente con su original que se reproduce y que obra en los archivos del Juzgado del Registro Civil en la Delegación Álvaro Obregón a mi cargo. Ciudad de México, Distrito Federal, a 15 de JULIO de 2016.

EST [redacted]
No:
No: Fecha: LIC [redacted]

Juez 18 del Registro Civil del Distrito Federal

PAGO DE DERECHOS $ -- COMPROBANTE DE PAGO [redacted]

MDRL

- Dirección General de Registro Civil

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y RESPONSABILIDAD

SECRETARÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

213

IGUALA, GRO., A 22 DE Mayo DEL 2016.

SE AUTORIZA AL C. Funeraria Jardines de la Paz
CON DOMICILIO Salvador Herrera 4-A col. Centro.
TEL. No. 33 3 31 92 LA INHUMACION DE LA PERSONA QUE LA VIDA RESPONDIO AL NOMBRE DE: [redacted] LA PERSONA AUTORIZADA SE COMPROMETE A ENTREGAR EN ESTAS OFICINAS COPIAS SIN TACHADURAS, NI ENMENDADURAS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- 1 COPIA DEL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNSION
- 1 COPIA DE LA CONSTANCIA DE PERPETUIDAD DEL PANTEON
- 1 COPIA DEL ACTA DE DEFUNCION
- 1 COPIA DEL RECIBO DE PAGO DE INHUMACION
- 1 COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DE QUIEN REALIZA EL TRAMITE

*NOTA: EN CASO DE NO PRESENTAR DOCUMENTACION, SE PROCEDERA CONFORME A DERECHO.

CON FECHA LÍMITE DE: DOS DIAS HABILES.

PERMISO VALIDO UNICAMENTE SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS.

[redacted]

ATENTAMENTE

C. [redacted]
JEFE DE DEPARTEMENTO DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE PANTEONES
IGUALA 2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y RESPONSABILIDAD

AV. VICENTE GUERRERO No. 1 COL. CENTRO IGUALA GRO. C.P. 40000 TEL:3339600
WWW.AYUNTAMIENTODEIGUALA.GOB.MX

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

214

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 29 de Mayo 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	23/05/2016	[redacted]
		Funerales Gutierrez
[redacted]	23/05/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

ENERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 23 AL 29 DE Mayo

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/05/16 Hora 12:45 hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y
RROLLO

ATENTAMENTE

[redacted]

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

215

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 FALL [redacted]

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 180 . 000 Kilogramos Gramos

7. TALLA [redacted]

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 [redacted] Años cumplidos; 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) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio [redacted]

11.1 Calle y número [redacted] 11.2 Colonia Iguala de la Independencia 11.3 Localidad Guerrero

11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si resida 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 [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 ___

DE LA DEFUNCIÓN

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 ___ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) ___

Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO [redacted]

16.1 Calle y número [redacted] 16.2 Colonia Iguala de la Independencia 16.3 Localidad Guerrero

16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. [redacted] Horas 9 1 9 : 9 1 9 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]	1 min	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido (o como consecuencia de)		
	c) Debido (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	FISCALIA GENERAL DE LA REPÚBLICA FISCALIA ESPECIALIZADA DE INVESTIGACION DE DELITOS PARA EL CASO AYOTZINAPA		

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

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? Sí 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)? Conocido

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 ___ 23.7.2 Colonia ___ 23.7.3 Localidad ___

23.7.4 Municipio o delegación ___ 23.7.5 Entidad federativa ___

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Nombre(s) Apellido paterno

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 8

27. [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] Marcelino Rodriguez DF

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. ___ , Libro Núm. ___ 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

INSTRUCCIONES: 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.1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

216

[redacted]

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO	LOCALIDAD
03	IGUALA
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 00:00

LUGAR: OTRO LUGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: —

DONDE FALLECIO: [redacted]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) T[redacted]

B) —

C) —

TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] EL. CUAUHTEMOC, D.F.

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: AMA DE CASA

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
SUBPROCURADURIA DE DERECHOS HUMANOS, PREV. DEL DELITO Y SERV. A LA COMUNIDAD
FISCALIA ESPECIALIZADA DE BUSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS.
AP/PGR/SDHPDSC/UEBPD/M16/230/2014. OFICIO: FEBPD/11057/2016. CIUDAD DE MEXICO, A 18 DE MAYO DE 2016.

[redacted] [redacted] [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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARIA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

Art.110 Fracc. I LFTAIP

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.110 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

COPIA
ARCHIVO
ERAL DE LA REPUBLICA
ION PARA EL CASO
OTZINAPA

217

PGR
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS, PREVENCION DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD.
FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BUSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS
[redacted]

OFICIO: FEBPD/ 11056/2016

ASUNTO: SE AUTORIZA TRASLADO

Ciudad de México, a 18 de mayo del 2016.

AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES
P R E S E N T E S.

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/2015, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por la C. Procuradora General de la República; que por medio del presente oficio se solicita a todas y cada una de las **Autoridades Civiles y Militares**, presenten apoyo al o los portadores del presente con el objeto de no obstaculizar el traslado de la Ciudad de México al Municipio de Iguala, estado de Guerrero, de los restos óseos de la persona del sexo masculino quien en vida llevara el nombre de [redacted], de [redacted] AÑOS de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el certificado de defunción con número de folio [redacted] de fecha [redacted] del año [redacted] **debidamente suscrito y firmado por el Doctor** [redacted] en el cual se señala que la causa de defunción del hoy occiso fue [redacted] sin soslayar que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que falte alguno pendiente por practicar.

Lo anterior para los fines legales a que haya lugar.

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
ZINAPA

A T E N T A M E N T E
"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN"
EL C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN

[redacted]

TITULAR DE LA MESA 3 DE LA FISCALIA ESPECIALIZADADE BUSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS
NCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD.
CRETARÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS
MESA 3

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

218

CERTIFICADO 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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: Kilogramos [ ] . Gramos [ ]

7. TALLA: 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 cumplidos [redacted] 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) ⊗2 Se ignora ○9

11. DOMICILIO HABITUAL DEL FALLECIDO: Anote el domicilio permanente [redacted]

11.1 Calle y número [redacted] 11.2 Colonia [redacted] 11.3 Localidad IGUALA

11.4 Municipio o delegación IGUALA 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) GUERRERO

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ⊗7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [ ]

DEL LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ⊗0 [redacted] IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○9

15.1 Nombre de la unidad médica [ ]

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [ ]

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número [redacted] 16.2 Colonia COL. CENTRO 16.3 Localidad IGUALA

16.4 Municipio o delegación IGUALA 16.5 Entidad federativa GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 2 3 0 3 2 0 1 5 [ ] (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 (Anote una sola causa por renglón)

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 antes, consignándose 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 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? 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 [ ]

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, cuartel, etc.) ○1 Escuela o centro de educación pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicios ○5 Área industrial (taller, fábrica o similar) ○6 Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora ○9

23.4 ¿Dónde ocurrió la lesión(es)? [redacted]

23.5 La defunción fue reportada al Ministerio Público [redacted] Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el lugar donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia COORDINACION

23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

DEL MÉDICO

24. NOMBRE [redacted] 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADO POR: Médico(a) tratante ○1 Médico(a) que certifica ○2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil ○5 Otro ○8

27. [redacted] MÉDICO 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]

DEL REG. CIVIL

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 [ ] 34.2 Municipio o delegación [ ] 34.3 Entidad federativa [ ] 34.4 Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

219

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 03 | ACTA [redacted]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 00:00

LUGAR: [redacted]MA CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) ---

C) ---

TIPO DE DEFUNCION: ---

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted]GUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: 41

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted]UERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted]GUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL 3, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010100723220516.

OFICIO NUMERO [redacted] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 22 DE MAYO DE 2016.

REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

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 [redacted]

LIC. [redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
2015-2018

[redacted]

INTERESADO

MODELO DE DEFUNCIÓN
JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS
GUERRERO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

220

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

2016

RAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

"JUNIO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

221

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 05 de Junio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		

UNIDOS

...AL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...ÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

SEMANA DEL 30 AL 05 DE Junio

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 07/06/16 Hora 14:45 hrs
Recibio

ATENTAMENTE

[redacted]

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

222

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 12 de Junio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	06/06/2016	[redacted]
		Funerales de Dios

SEMANA DEL 06 AL [illegible] Junio

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD ESPECIALIZADA PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/06/16 Hora 14:45 hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 223

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 DEBEN RESERVARÁN 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): [redacted] — Apellido materno: [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 . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. [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 cumplidos) [redacted] 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 DEL FALLECIDO [redacted]

11.1 Calle y número: IGUALA — 11.2 Colonia — 11.3 Localidad: IGUALA

11.4 Municipio o delegación: GUERRERO — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 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

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted] 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)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16.1 Calle y número [redacted] — 16.2 Colonia: CENTRO — 16.3 Localidad: IGUALA

16.4 Municipio o delegación: GUERRERO — 16.5 Entidad federativa

Año [redacted] — Horas: 19 — Minutos: 05

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]		
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) 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	[redacted]	16dias	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 54 AÑOS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 Durante el embarazo en los [illegible] 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

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? Sí ○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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. [redacted] Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Año

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

ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS DEBEN REMITIR AL INEGI ESTA 1ª COPIA

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. 1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

229

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 03 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO [redacted]

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ---------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 19:05

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---------

DONDE FALLECIO: [redacted] NIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) ---------
C) ---------

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] A, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

REPUBLICA
ON PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted] [redacted] [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 [redacted] [redacted] FIRMA

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

225

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la · Independencia, Gro., a 19 de Junio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	13/06/2016	[redacted]
		Funerales Gutierrez
[redacted]	14/06/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	16/06/2016	[redacted]
		Funerales Gutierrez

...ERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
...YOTZINAPA

...MANA DEL 13 AL 19 DE Junio

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/06/16 Hora 14:45 hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

226

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 03 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 16:20

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) [redacted]
C) ---

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] MORELOS

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: SOBRINA

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

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 [redacted]

[redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO GOBIERNO

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1604/9760

227

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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: 0 6 5 . 0 0 0 (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 0 [redacted] (Años cumplidos); 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) ○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)

[redacted] (11.1 Calle y número) CENTRO (11.2 Colonia) IGUALA DE LA INDEPEND. (11.3 Localidad)

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (11.4 Municipio o delegación) GUERRERO (11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero))

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ⊗5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. [redacted] TUAL: Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ⊗3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [redacted]

DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted] (15.1 Nombre de la unidad médica) IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ⊗4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 (15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)) Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

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

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 16:20 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Para ser llenado por personal codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	11 DIAS	
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]	41 DIAS	
	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	[redacted]	20 AÑOS	

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 12 meses anteriores 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

Para ser llenado por personal codificador. 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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.4 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, internado, etc.) ○1 Escuela y 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)?

RECIBIDO 11 JUN 2015 URGENCIAS JEFATURA

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

ERAL DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
TZINAPA

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: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted] MORELOS

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. [redacted]

33.1 Acta Núm. [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: Iguala (34.2 Municipio o delegación) Guerrero (34.3 Entidad federativa) [redacted] (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.1 LFTAIP Motivación 2

228

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [redacted] | FECHA DE REGISTRO: [redacted]
LIBRO: 03 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD: IGUALA
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS | NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) | ESTADO CIVIL: [redacted]
[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] | HORA: 23:35
LUGAR: SECRETARIA DE SALUD | CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] | ORDEN NO.: ——
DONDE FALLECIO: [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: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] | OCUPACION: ARQUITECTO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO DOCUMENTOS

[redacted] TESTIGO | [redacted] TESTIGO

SE CIERRA, FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA A LOS [redacted] CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[redacted]

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

224

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO [redacted]

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 52.500 Kilogramos / Gramos

7. TALLA: [redacted] Metros / Centímetros

8. F[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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○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 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: Iguala
11.4 Municipio o delegación: Iguala 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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

[redacted] Se ignora ○99

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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ⊗1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 [redacted]; 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)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número: [redacted] 16.2 Colonia: Centro 16.3 Localidad: Iguala.
16.4 Municipio o delegación: Iguala 16.5 Entidad federativa: Guerrero.

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Horas: 23 Minutos: 35

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]	4 meses	
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): b) [redacted]	6 meses.	
	Debido a (o como consecuencia de): c) [redacted]	15 años	
	Debido a (o como consecuencia de): d) [redacted]	2 horas.	
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 Durante el embarazo o el parto pero no hay certeza de que la muerte ocurrió durante alguno de los dos ⊗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: ___

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 trabajo? SI ○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 (pública o privada) ○2 Lugar 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 ante el Ministerio Público con el acta número: ___ Describa las circunstancias o motivos en que se produjo la lesión

PGR PGJE PGR PGJE
PGR PGJE PGR PGJE
PGR PGJE PGR PGJE

230

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD DE INTEGRAL 3

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [redacted]

OFICIO NÚM.: 8927

ASUNTO: Se notifica fallecimiento de Persona

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,GUERRERO, (5) CINCO DIA(S) DEL MES DE NOVIEMBRE DEL DOS MIL QUINCE

"2015, Año del Generalisimo 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] AÑOS.

Ocupación [redacted]

Domicilio: [redacted] GRO.

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: DR [redacted]

Lugar de Cremacion: [redacted]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a [redacted]

Atentamente
Ministerio Público de Atencion Temp[redacted]

del Distrito Judicial de HIDALGO.

[redacted]

[redacted]

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

231

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 06 | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------ ------ ------ NACIONALIDAD: ------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 00:00

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION ( ) CREMACION (X) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: GUTIERREZ

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted], GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) ---

C) ---

TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: SEMEFO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] A, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD DE INTEGRAL 3. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060010101475041115.
OFICIO NUM: 8927. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 5 DE NOVIEMBRE DE 2015.

[redacted] TESTIGO [redacted] [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.

[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PROCURADURIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
AYOTZINAPA

PRESENTE
DEFUNCION
GUERRERO JUNTAS Y JUNTOS PODEMOS

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 232

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 26 de Junio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	21/06/2016	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	24/06/2016	[redacted]
		Funerales el Angelin

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/08/16 Hora 10:45 hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

SEMANA DEL 20 AL 26 DE Junio

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

233

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 04 | [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS [redacted] MESES [redacted] DIAS [redacted] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ----------
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 13:00
LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ----------
DONDE FALLECIO: [redacted] COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) [redacted]
C) C) [redacted]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO. OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

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 [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
GOBIERNO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

234

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION [redacted]

532370

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted]
LIBRO	ACTA No.
01	[redacted]

MUNICIPIO [redacted] ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

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

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 08:40

LUGAR: [redacted] GRO. CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: PANTEON MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted] DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

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

B) B) [redacted]

C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] ENANGO KM.1

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[redacted]

TESTIGO [redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO [redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA [redacted] MAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN S[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL HUITZUCO DE LOS FIGUEROA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

[redacted] DE INVESTIGACIÓN [redacted] EL CASO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO 235

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] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apelli)

2. CURP: [redacted] Se ignora ○99

3. SEXO: Hombre ⊗1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 165.00 (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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted]

11.1 Calle y número: [redacted]
11.2 Colonia: [redacted]
11.3 Localidad: IGUALA
11.4 Municipio o delegación: IGUALA
11,5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

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 ○
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: ___

DE LA DEFUNCIÓN

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: ___
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___
Vía pública ○10 Otro lugar ○
Hogar ⊗11 Se ignora ○

16. DOMICILIO DONDE: [redacted]
16.1 Calle y número: [redacted]
16.2 Colonia: [redacted]
16.3 Localidad: IGUALA
16.4 Municipio o delegación: IGUALA
16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 08:40 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	5 MIN	
	c) [redacted]	5 DIAS	
	d)	2 AÑOS	
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

[illegible] DE LA REPÚBLICA
[illegible] L DE INVESTIGACIÓN
[illegible] N PARA EL CASO
[illegible] ZINDA

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: ___

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? Sí ○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: ___

DEL INF

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno)

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 ○8

27. [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Apellido paterno)

29. TELÉFONO: ___

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

DEL REGISTRO CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO ___ Libro Núm. 01

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad: [redacted]

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. 1 Motivación 2

236

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de Julio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	27/06/2016	[redacted]
		Funerales de Dios
[redacted]	27/06/2016	[redacted]
		Funerales Celestial
[redacted]	29/06/2016	[redacted]
		Funerales Celestial

SEMANA DEL 27 AL 03 DE Julio

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/08/16 Hora 14:15 hrs
Recibio

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

237

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLEC [redacted] — Apellido paterno [redacted] — Apellido materno [redacted]

2. CURP | 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? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ●2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL [redacted]

11.1 Calle y número [redacted] — 11.2 Colonia [redacted]

IGUALA — 11.4 Municipio o delegación

CUERNAVACA — 11.3 Localidad

GUERRERO — 11.5 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 [redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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:

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted]

16.1 Calle y número — 16.2 Colonia

IGUALA — 16.4 Municipio o delegación

CUERNAVACA — 16.3 Localidad

GUERRERO — 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 ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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) [redacted]		
	Debido a (o como consecuencia de) 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

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 estaba embarazada pero sí en los últimos 11 meses ○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

Uso exclusivo del personal codificador

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 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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] COL. [redacted] #33 IGUALA. GRO

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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 Motivación 1

Art. 113 Fracc. 1 LFTAIP Motivación 2

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

238

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 04 | ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ----------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 01:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ----------

DONDE FALLECIO: [redacted] GUERRERO

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

B) B [redacted]

C) ----------

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GRO. OCUPACION: CAMPESINO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXOS Y ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

NERAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted] [redacted] [redacted]

SE DA 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 [redacted]

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GRATIS
GUERRERO

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

239

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0023

Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes JUNIO del 2016.

Se autoriza al C. FUNERALES CELESTIAL. con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #82. tel. no. 1102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

240

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0024

Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes JUNIO del 2016.

Se autoriza al C. FUNERALES CELESTIAL con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #82 tel. no. 1102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEON MUNICIPAL

241

PRIMERA

- AMPLIACION

- 2016

- "JULIO"

ERAL DE L
AL DE INVESTIGACIÓ
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 242

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de Julio 2016

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	01/07/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez
[redacted]	03/07/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Celestial
[redacted]	04/07/2016	[redacted]
		Funerales Urioste Gui
[redacted]	09/07/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

...ERAL DE ...VESTIGACIÓ...
...CIÓN PARA EL CASO
...OTZINAPE

SEMANA DEL 04 AL 10 Julio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 13/07/16 Hora 14:15 hrs
Recibio

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

243

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA ([redacted]UL) 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted]

Apellido materno

2. EDAD CUMPLIDA: [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: 66 Kilogramos . Gramos

7. TALLA: [redacted] Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ●1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted]

11.1 Calle y número: iguala

11.2 Colonia: [redacted]

11.3 Localidad: iguala

11.4 Municipio o delegación: guerrero

11.5 Entidad federativa o país (si resida 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: ama de casa — 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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: iguala

16.2 Colonia: centro

16.3 Localidad: iguala

16.4 Municipio o delegación: guerrero

16.5 Entidad federativa

17. FECHA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; Horas 15 : Minutos 40

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	8 días	
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): b) [redacted]	11 días	
	Debido a (o como consecuencia de): c) [redacted]	3 años	
	Debido a (o como consecuencia de): [redacted]	7 años	
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 ocurrió en el embarazo ni 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

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 centro hospitalario? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (cárcel, 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

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted]

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. [redacted] OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [redacted], Libro Núm. [redacted]

33.1 Acta Núm. [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: Iguala

34.2 Municipio o delegación: Iguala

34.3 Entidad federativa: Guerrero

34.4 Día [redacted] 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

Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

247

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 04 | ACTA No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------ NACIONALIDAD: ------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 15:40

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ------

DONDE FALLECIO: [redacted] RO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]
B) B) [redacted]
C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] TRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] REZ II. IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE [redacted] PRESENTO REQUISITOS

A REPUBLICA.
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
OTZINAPA

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
L[redacted]

FIRMA [redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

GUERRERO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

245

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0025

Iguala de la independencia, Gro., a 03 del mes Julio del 2016.

Se autoriza al C. FUNERALES CELESTIAL con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #82. tel. no. 1102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

246

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0029

Iguala de la independencia, Gro., a 4 del mes de Julio del 2016.

Se autoriza al C. Funerales Urrastegui con domicilio Periferico Sur S/N Col. Daniel Muragama tel. no. 733-101-32-79 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido unicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted] LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO ATENTAMENTE
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

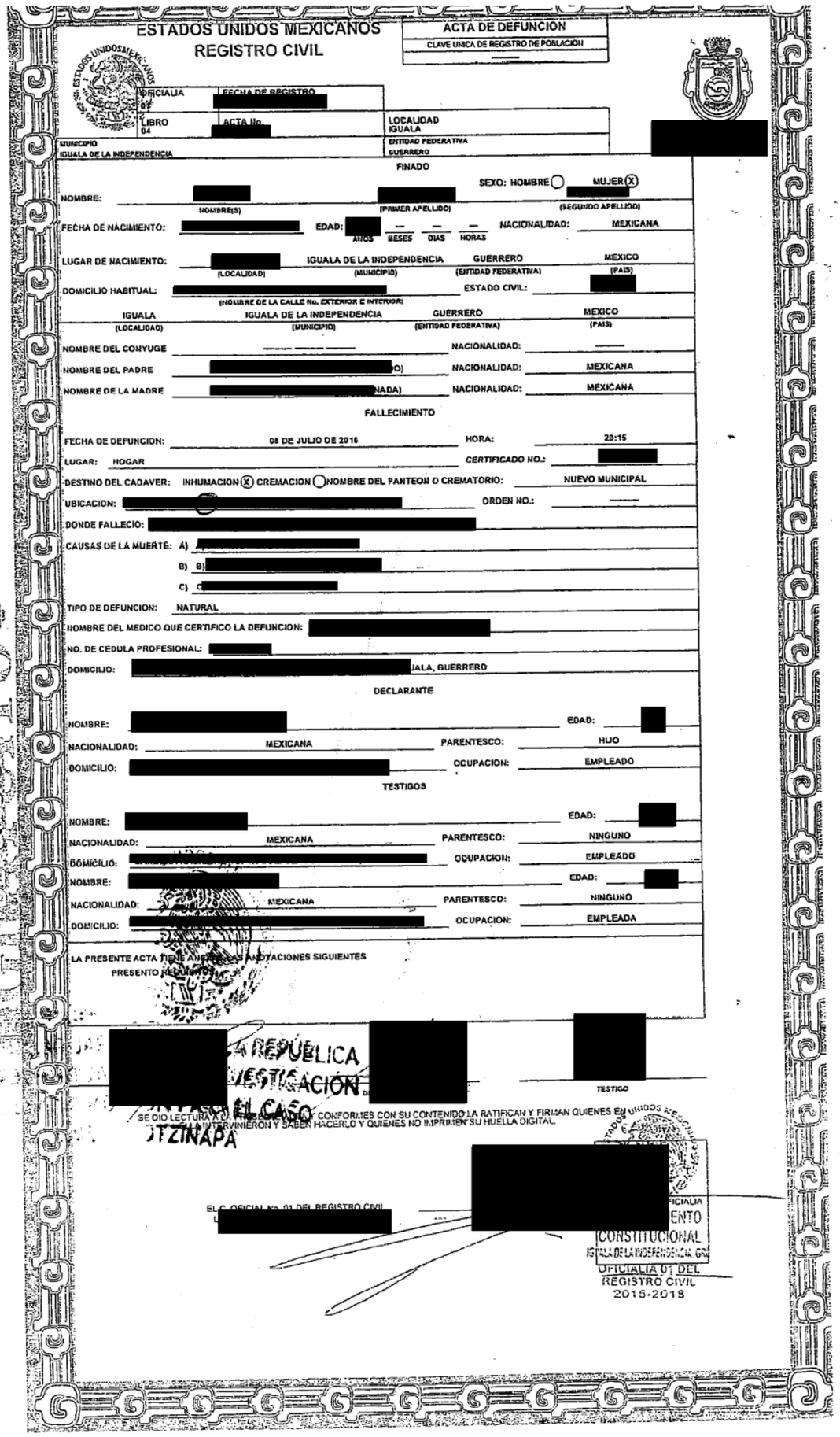
(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 04 | ACTA No. [redacted]
LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: 08 DE JULIO DE 2016 HORA: 20:15
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———
DONDE FALLECIO: [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] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO [redacted]

[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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GUERRERO

IMPRESIÓN

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

248

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de Julio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	11/07/2016	[redacted]
[redacted]		

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

SEMANA DEL 11 AL 17 DE Julio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 25/07/16 Hora 14:45 hrs
Recibio

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

249

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted]

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 67 Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ⊗3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

[redacted] vivía el (la) fallecido(a)

11.1 Calle y número: CUERNAVACA 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): MORELOS.

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

[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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16.1 Calle y número: [redacted] 16.2 Colonia: [redacted] 16.3 Localidad: CUERNAVACA

16.4 Municipio o delegación: CUERNAVACA 16.5 Entidad federativa: MORELOS

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 17:30 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]	INMEDIATO	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	20 AÑOS	
	c) [redacted]	20 AÑOS	
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA
AGENCIA FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
COORDINACION PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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

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? Sí ○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: [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

DEL INF.

24. NOMBRE [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 ○8

27. SI EL C[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s) Apellido paterno)

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día Mes Año)

REG.

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO ___ Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Art. 113 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

250

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de Julio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
exhumacion de	20/07/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	23/07/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Urrostegui

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD ESPECIALIZADA EN EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 18 AL 24 DE Julio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 25/07/16 Hora 14:40 hrs
Recibio

ATENTAMENTE

[redacted]
C.
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

251

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. 2015 - 2018

RFC: [redacted]
AV. VICENTE GUERRERO NO. 1
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 20/07/2016 12:01:58

Fecha de Expedición : 20/07/2016 12:22:15
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección IGUALA, GRO.
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION		01 EFECTIVO	NO IDENTIFICADO

Concepto del Recibo:

serie ñ folio [redacted]
PANT. MPAL.

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
1.0	LOTE	4-02-02-09-13-00 APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL.	233.05	233.05
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	34.96	34.96
			Total	268.01

Importe con Letra:
(DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS 01/100 M.N.)

[redacted]

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUN... IGUALA DE... [redacted]

ajero: [redacted]

ello digital del CFDI:

P+8VFKnz9o1ihD94HIdfDJCWMLuFmc9RSQlvJMi2KQJawIqufe0wvqEt1Nvb1Jciw7fzh6DJ00zLTijASwgt50PIZAu4S80VW76+Hf30ccsZftDrj1pIsESR6/mr6OZ0o9oBJJuPXwkcXsdG0FNVQ2PK
Z1XcEUN3oYEHBFVp3Bu7YZ9I21VRLguArcsuA61ybCe++YxLLiwagnnAIfcRGI1FvIF7ko46eoWtf9Qmi7qyzpaZEYBngFoA1zv8duwHg5yMv5w0qQBEfqyMZydIVClvUNaUIEDaWIQIVLxakQd8
W62ET8IqPVepR2BoZuUE/xO/tmAU0F+OLj06XBTfpQ==

ello del SAT:

lwwwyhZGeErRZZn/buEM8wQG85i6OJq9XcsE6g0Fr+fQBjnBFymMdil2no2lRqCPW6OdlSB/BpRlF+byP65MgvbmUiHHHURy7iu9w+lc5Wml/nfBtwum4RbvwBoanbS
WuvOVe2qYxrhs8ycc+lxCkRtogu51r5bjSa7pwxNuPPA=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.0|27a440eb-e57c-4748-b99a-95ca8ff53779|2016-07-20T12:01:58|P+8VFKnz9o1ihD94HIdfDJCWMLuFmc9RSQlvJMi2KQJawIqufe0wvqEt1Nvb1Jciw7fzh6DJ00zL
TijASwgt50PIZAu4S80VW76+Hf30ccsZftDrj1pIsESR6/mr6OZ0o9oBJJuPXwkcXsdG0FNVQ2PKZ1XcEUN3oYEHBFVp3Bu7YZ9I21VRLguArcsuA61ybCe++YxLLiwag
nnAIfcRGI1FvIF7ko46eoWtf9Qmi7qyzpaZEYBngFoA1zv8duwHg5yMv5w0qQBEfqyMZydIVClvUNaUIEDaWIQIVLxakQd8W62ET8IqPVepR2BoZuUE/xO/tmAU0F+OLj

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

252

RFC: [redacted]
AV. VICENTE GUERRERO NO. 1
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 20/07/2016 12:08:31

Fecha de Expedición : 20/07/2016 12:29:07
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección IGUALA, GRO.
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION		01 EFECTIVO	NO IDENTIFICADO

Concepto del Recibo:

SERIE Ñ FOLIO [redacted]
PANT. MPAL.

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
1.0 [redacted]	LOTE	4-02-09-02-00-01 EXHUMACION DESPUES TRANSCURRIDO EL TERMINO DE LEY	103.49	103.49
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	15.52	15.52
			Total	119.01

Importe con Letra:
(CIENTO DIECINUEVE PESOS 01/100 M.N.)

NERAL DE LA REPÚBLICA
ICIÓN DE INVESTIGACIÓN
AYOTZINAPA

[redacted]

ajero: [redacted]

ello [redacted] tal del CFDI:

TATmu/i/zXR4XjGu9iWG1ZvIOO5lLBsG+GJa367bKvtMiCgNw8Xk2gdmNkjmmN3iyvFZcO+nF5c+1dGlOYh+QNF6FC92Gcvup04fKu9b8FlOmXoG4qnN3XSdGBnZs+Nqh6UT78lHUYAUJ6mH+
/veyfdjkmlz+bnlZrL+OsSSG+dhM8jD3v2BxSrlrhloSMLvZL9bh6QEP8zFJZEPuKBEg8lVy2d+kUHsb3t16LWiMKdOv/17bOpb25PRzmDjwBfoci9ye0orpyQVlpXTL5NdukwKgSjOjJf0yp5veayQ7n
5tlxNuH8yB5MkrONh1G1jLuZBLqfUd6PAsQAMyBWlgNw==

ello del SAT:

EtAzxlJuKTCFkMFjwdA2GTW+oAP7c6dmo9mgKcXBVh2ynUCMRMwQ2lEGdWuDQMHDuAaa65iBxQfmfVlJO0sAwv9rzUEU6M8linWBsZPaVdPogcaZzDFYV5KF6t
lTdxKh0FdGFbCA7WFHP0Wqz8H/LznyEvhGbf4kswvWQ43XpG4=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

|1.0|93feaed9-ded5-4dfe-aa48-c244f570aaa9|2016-07-20T12:08:31|TATmu/i/zXR4XjGu9iWG1ZvIOO5lLBsG+GJa367bKvtMiCgNw8Xk2gdmNkjmmN3iyvFZcO+nF5c
+1dGlOYh+QNF6FC92Gcvup04fKu9b8FlOmXoG4qnN3XSdGBnZs+Nqh6UT78lHUYAUJ6mH+Vveyfdjkmlz+bnlZrL+OsSSG+dhM8jD3v2BxSrlrhloSMLvZL9bh6QEP8
zFJZEPuKBEg8lVy2d+kUHsb3t16LWiMKdOv/17bOpb25PRzmDjwBfoci9ye0orpyQVlpXTL5NdukwKgSjOjJf0yp5veayQ7n5tlxNuH8yB5MkrONh1G1jLuZBLqfUd6PAsQ

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

REGISTRO CIVIL

Lic. Francisco Román Morales
OFICIAL PÚBLICO
DISTRITO FEDERAL

ACTA DE DEFUNCIÓN
O

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México, la Ciudad de la Esperanza

83

ENTIDAD	DELEGACIÓN	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted]
EDAD: [redacted] AÑOS GÉNERO [redacted] OCUPACIÓN: [redacted]
LUGAR DE NACIMIENTO: -
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
ESTADO CIVIL: [redacted]A)
NACIONALIDAD: MEXICANA
PADRE: - - -
MADRE: - - -

FALLECIMIENTO

EL CUERPO SERA: INHUMADO
EN EL PANTEÓN: MAPL. DE IGUALA
UBICADO EN: EDO. DE GUERRERO
ORDEN No.: [redacted]
FECHA DE DEFUNCIÓN: [redacted] HORA: 17:20
LUGAR: [redacted] D.F.
CAUSA(S) DE LA MUERTE:
[redacted]

MÉDICO QUE CERTIFICA:
[redacted]
CÉDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: AVENIDA UNIVERSIDAD 1321
DISTRITO FEDERAL

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted]
PARENTESCO CON EL FINADO: NINGUNO
DOMICILIO: C. [redacted]C, ECATEPEC MEX.
EDO. DE MEXICO
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted] AÑOS

[redacted]

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN PARA EL DELITO DE SECUESTRO
VOLUNTARIA

Se dio por terminado el acto y firman 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 se autoriza. Doy fe.

El Juez JM del Registro Civil, LIC. D. ALFREDO GARCIA MIRON

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTÁ INCOMPLETA:

No. FECHA FIRMA
No. FECHA FIRMA

ADMn COMPROBANTE DE PAGO No. 0
PAGO DE DERECHOS $ 0

1 JUZGADO.

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DE SU ORIGINAL, QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 2 DIAS DEL MES DE Noviembre DEL AÑO 2005 EL C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL.

DISTRITO FEDERAL

REGISTRO CIVIL
JUZGADO 14°

[redacted]

[redacted]

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.[redacted] Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

254

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0030

Iguala de la independencia, Gro., a 23 del mes Julio del 2016.

Se autoriza al C. Gonzales Oriostegui con domicilio Periferico Sur S/N Col. Daniel Moreyama tel. no. 733-10-32-79 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido [redacted] sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
15 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

C. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

255

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 31 de Julio 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	25/07/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	27/07/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

...ERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 25 AL 31 DE Julio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y ...RROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/08/16 Hora 14:45 hrs
Recibio

ATENTAMENTE

[redacted]
C [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

256

Nº 0167

Iguala de la independencia, Gro., a 25 del mes Enero del 2016.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] ió al nombre de [redacted] a persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de [redacted] días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted] DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
ARA EL CASO
NAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

257

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0167

Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes Junio del 2016

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted] a persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
NERAL DE LA REPUBLICA
VESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

258

PANTEON. MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

"AGOSTO"

2016

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

259

259

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 07 de Agosto 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	04/08/2016	[redacted]
		Funerales Gutierrez
[redacted]	06/08/2016	[redacted]
		Funerales Rueda

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

SEMANA DEL 01 AL 07 DE Agosto

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/08/16 Hora 14:45hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

260

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0142

Iguala de la independencia, Gro., a 4 del mes Agosto del 2016.

Se autoriza a la Funeral Gutierrez S/N con domicilio Carretera México - Acapulco S/N. tel. no. 33-2-10-34 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

NERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL
AYOTZINAPA C[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

261

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0190

Iguala de la independencia, Gro., a 6 del mes AGOSTO del 2016.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #47 tel. no 3326585 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INV[redacted]
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

262

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 14 de Agosto 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	13/08/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

UNIDOS MEXICANOS
ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

SEMANA DEL 08 AL 14 DE Agosto

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/08/16 Hora 14:45 hrs
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

263

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0191

Iguala de la independencia, Gro., a 13 del mes Agosto del 2016.

Se autoriza al C. Hellen Q. Rueda Mazon con domicilio Av. Bandera Nacional #48, Centro. tel. no. 2-65-95, la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
FISCAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]
C.
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

269

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 21 de Agosto 2016

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	15/08/2016	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	18/08/2016	[redacted]
		Funerales Valladarez
[redacted]	19/08/2016	[redacted]
		Funerales Gutierrez
[redacted]	21/08/2016	[redacted]
		Funerales Rueda

SEMANA DEL 15 AL 21 DE Agosto

ATENTAMENTE

[redacted]

C. [redacted]

ADMINISTRADOR

IGUALA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 23/08/16 Hora 14:45hrs
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

G. PARRES

TRABAJO SO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 765

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 2ª COPIA (AZUL) Y 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] — Se ignora ○99

3. SEXO: Hombre ⊗1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 1513 . 0000 (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 516 Años cumplidos; Se ignora ○

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○

11. RESIDENCIA HABITUAL [redacted]

11.1 Calle y número: Tepozteco — 11.2 Colonia: ___ — 11.3 Localidad: Morelos

11.4 Municipio o delegación: ___ — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): ___

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1; Preescolar ○12; Primaria incompleta ○2; Primaria completa ⊗3; Secundaria incompleta ○4; Secundaria completa ○5; Bachillerato o preparatoria incompleta ○11; Bachillerato o preparatoria completa ○6; Profesional ○7; Posgrado ○10; Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: Desempleado — Se ignore ○

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]

DE LA DEFUNCIÓN

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): MSSSIA010104 66

Vía pública ○10; Otro lugar ○1; Hogar ○11; Se ignora ○9

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted]

16.1 Calle y número: Guernavaca — 16.2 Colonia: ___ — 16.3 Localidad: Morelos

16.4 Municipio o delegación: ___ — 16.5 Entidad federativa: ___

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 2 0 : 2 0 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asistolia, 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]	8 días	
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) b) [redacted]	10 días	
	Debido a (o como consecuencia de) c) [redacted]	2 semana	
	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 morboso que la produjo	[redacted]	6 días	
	[redacted]	2 meses	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRES... 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 estaba embarazada en los últimos 12 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: ___

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

Ocurrió en el desempeño de su trabajo: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

Lugar donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0; Vivienda colectiva (hotel, cuartel, 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

DEL INF...

24. NO... Nombre(s) [redacted] — Apellido paterno [redacted] — Apellido materno [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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 1730569 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día Año)

DEL REG...

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Art. 113 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. 1 Motivación 2

Motivación 1

266

2015 2018

CUERNAVACA

DEPENDENCIA: REGISTRO CIVIL

SECCION: OFICIAL [redacted]

CUERNAVACA, MOR., A 13 DE AGOSTO DEL 2016

ASUNTO: SE OTORGA PERMISO PARA TRASLADO DE CADAVER.

OFICIAL DEL REGISTRO DE
IGUALA, GUERRERO.
PRESENTE:

ADJUNTO AL PRESENTE COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN No. [redacted] DEL CADAVER DE [redacted]
QUE, PREVIOS LOS REQUISITOS QUE MARCA LA LEY, VA A TRASLADARSE A ESE LUGAR PARA SU INHUMACION EN EL HORNO, CREMATORIO O PANTEON: IGUALA, GUERRERO.

DEBIÉNDOSE CUMPLIR PREVIAMENTE, CON LOS REQUISITOS QUE ESTABLECEN LOS ARTICULOS 340, 341, 342 Y DEMAS RELATIVOS DE LA LEY GENERAL DE LA SALUD.

NERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

CUERNAVACA

ATENTAMENTE

OFICIAL 03 DEL REGISTRO CIVIL
CUERNAVACA, MORELOS

LIC. [redacted]
OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL No. 03

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

267

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
COMISION PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE MORELOS

ITES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSM-01-001 SOLICITUD DE AVISO PARA EL TRASLADO DE CADAVERES HUMANOS

ODALIDAD DEL TRAMITE

TRASLADO DE CADAVERES [redacted]

ENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

OMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO: funerales Morelos | R.F.C.

[redacted] | NUMERO O LETRA INTERIOR [redacted] | [redacted] | Nº. LICENCIA SANITARIA

ODIGO POSTAL: 2122 | DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO: Cuernavaca | ENTIDAD FEDERATIVA: Morelos | [redacted]

- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

[redacted] MATERNO [redacted] [redacted] [redacted]

OMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR [redacted] | NUMERO [redacted] | [redacted] | Nº. DE CEDULA PROFESIONAL

[redacted] | DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO: Cuernavaca | ENTIDAD FEDERATIVA: Morelos. | [redacted]

- DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS

ODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACION
TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO: Iguala de la Independencia 6to.	EMBALSAMADO: [X] SI [ ] NO

- DATOS DEL FINADO

MBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO [redacted] | EDAD [redacted]

RO: Masculino | HORA Y FECHA DE LA DEFUNCION: 20:20 [redacted] | SA DE LA DEFUNCION: Muerte Natural.

- DATOS DEL SOLICITANTE

[redacted] | PARENTESCO [redacted] | FIRMA DEL SOLICITANTE [redacted]

MICILIO

DE INVESTIGACIÓN
Y PARA EL CASO
TZINAPA

LUGAR Y FECHA [redacted] | SABLE SANITARIO. [redacted]

FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DES[redacted]USE CORRESPONDIENTE.

SSM-01-001

UDA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR A LA DIRECCION DE REGULACION, CONTROL Y FOMENTO SANITARIO A LOS TELEFONOS: 0173-12-75-58 Y 0173-10-53-61 EN LA CIUDAD DE CUERNAVACA; O A LAS COORDINACIONES DE REGULACIÓN SANITARIA DE SU LOCALIDAD: CUERNAVACA 0173-18-71-17, ZACATEPEC 01734-3-12-42, CUAUTLA 0173[redacted]

SERVICIOS DE SALUD DE
COMISION PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS
El presente Aviso se recibe bajo la presunción de que se realiza con apego al cumplimiento de la Ley General de Salud y de sus Reglamentos
FECHA 14/Ene/22 HORA 02:25 hrs
FIRMA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

268

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. 2015 - 2018

RFC: [redacted]

AV. VICENTE GUERRERO NO. 1
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: 0[redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 19/08/2016 13:40:17

Fecha de Expedición : 19/08/2016 13:53:38
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección IGUALA, GRO.SERIE N [redacted]
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION		01 EFECTIVO	

Concepto del Recibo:
[redacted] SECC. EN LA AMPL. MPAL

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
[redacted]	LOTE	4-02-09-01-00-00 INHUMACION POR CUERPO.	93.92	93.92
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.09	14.09
			Total	108.01

Importe con Letra:
(CIENTO OCHO PESOS 01/100 M.N.)

[redacted]

...ERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
...YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. 2015 - 2018
SECRETARIA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN
CAJA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Cajero: [redacted]

Sello digital del CFDI:

ShsNprrDXsOOnUpIQ2ZpbIOEOKuQGX8VPD7RGpjE+lelijGqZeBc4Fx9k74vs5OldekX2mwqviVitWcG7ObkCCjTHOJR8wBUJrRHNoDGEb3CD4/8bxD1ft4po/cLrQNJDRP9hKsERHUoYeDhc1XITlwxPC5q3/2//OERf5nexQIN6tmw8mvTvvwqwKQHVZZ7Q1KOgiJNg+0oJR0jL8A31NOF9TrI20e3R4uqeY/Br8bsQlocFqUHgrCnKWFt3BnDsH/TMNmJxpuBUJ2hdfAJn1tfN+tJTY77ii28XQxyRx6vKTlsUDylW/X0ubsRv0EEOGROmSb4G10JEGgvkyYjtYQ==

Sello del SAT:

HpPD6nLfwLf2g9VnDVlHlr7+HJyTwOpTViNp33YgJZVCGX1emfIlKA0A6FLWRtLHhpl7vK10ibGu8UdjBKhkWqr2n7R2msnhgQDsLLC+vv/xWzOK1RTmAU4F1U4ep5OswYXUtJzGrGU388/gXg+UB+oluesiYru9vxi5wa2xH8=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.0|b8abf1a2-7b27-4d20-bd58-e884621a1803|2016-08-19T13:40:17|ShsNprrDXsOOnUpIQ2ZpbIOEOKuQGX8VPD7RGpjE+lelijGqZeBc4Fx9k74vs5OldekX2mwqviVitWcG7ObkCCjTHOJR8wBUJrRHNoDGEb3CD4/8bxD1ft4po/cLrQNJDRP9hKsERHUoYeDhc1XITlwxPC5q3/2//OERf5nexQIN6tmwBmvTvvwqwKQHVZZ7Q1KOgiJNg+0oJR0jL8A31NOF9TrI20e3R4uqeY/Br8bsQlocFqUHgrCnKWFt3BnDsH/TMNmJxpuBUJ2hdfAJn1tfN+tJTY77ii28XQxyRx6vKTlsUDylW/X0ubsRv0EEOGROmSb4G1

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

269

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

RFC: [redacted]
AV. VICENTE GUERRERO NO. 1
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 19/08/2016 13:40:44

Fecha de Expedición : 19/08/2016 13:54:39
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección IGUALA, GRO [redacted]
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION		01 EFECTIVO	

Concepto del Recibo:

[redacted] EN LA AMPL. MPAL

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
[redacted]	LOTE	4-02-02-09-13-00 APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL.	233.05	233.05
1.0	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	34.96	34.96
			Total	268.01

Importe con Letra:
(DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS 01/100 M.N.)

...ERAL DE LA REPÚBLICA
...IAL DE INVESTIGACIÓN
...IÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
2015 - 2018
SECRETARIA DE FINANZAS
Y ADMINISTRACIÓN
C. P. A.
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Cajero: [redacted] WENDY YAZMIN VELAZQUEZ ACOSTA

Sello digital del CFDI:

M2XNmwZJpBsfpXv87zTWDvgdGT3w6VU42r0KvJ1Y+4Ldl3YEbmiUrRQYVZNdWnmKIDHk5qJk1FivnQZdZ40XMwOwdINe5iHmMAu2aJUig6jtSsXRE9eEi3FJMupyMA+wMQm40Opl4mIzxQl
WWt2X8WD3ryjkOQBM4bHJ1cp1eqGtcT2yvnSASyfLkdDMBLN61UsqF2DhIOJ934UWb/UqKJ20hmknzAQNk0xA+N/AErKkgs1Ht0e817aTDSUSRFU7rvLi2mAOeN+7OUx3hX68ExQYCLdrqR0
qNtLBh1AR4j7OKYlomBVzKcBOdkNHRjh3VA61ZJzvz+kqZucdz7QHg==

Sello del SAT:

U6PsZlxEibZF6r69zf1X60+j060m7xjXuyYUNP1h4EKizNij/NYoZWbxildx8X0+2c4GoMFZyseZSARyUe9xBOxmsx+yhBqI4bxDifYzM7r6cJTWi2Y0p8Se5x71rYNRrd7O
dRMDh9kubJTMjFIMdbFiUJt19CM3hUtJqS02fhk=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.0|0e6da226-edc9-41cc-a6b6-3332ad094d3f|2016-08-19T13:40:44|M2XNmwZJpBsfpXv87zTWDvgdGT3w6VU42r0KvJ1Y+4Ldl3YEbmiUrRQYVZNdWnmKIDHk5q
Jk1FtvnQZdZ40XMwOwdINe5iHmMAu2aJUig6jtSsXRE9eEi3FJMupyMA+wMQm40Opl4mIzxQlWWt2X8WD3ryjkOQBM4bHJ1cp1eqGtcT2yvnSASyfLkdDMBLN61Us
qF2DhIOJ934UWb/UqKJ20hmknzAQNk0xA+N/AErKkgs1Ht0e817aTDSUSRFU7rvLi2mAOeN+7OUx3hX68ExQYCLdrqR0qNtLBh1AR4j7OKYlomBVzKcBOdkNHRjh3

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

270

2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 22 de agosto de 2016.

Se autoriza al C [redacted] Fosa en Temporalidad (fosa común) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la Primera Ampliación en el Panteón Municipal.

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

C [redacted]
DIRECCIÓN DE PANTEONES.

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

271

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0196

Iguala de la independencia, Gro., a 21 del mes Agosto del 2016.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio Av. Bandera Nacional #48, Centro tel. no. 2-65-95 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

UNIDOS
...ERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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

272

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [redacted] 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: 070 . 000 (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: 0 [redacted] (Años cumplidos) | 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ●5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL (domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))

[redacted] 11.1 Calle y número

[redacted] 11.2 Colonia

Iguala de la Independencia 11.3 Localidad

Iguala de la Independencia 11.4 Municipio o delegación

Guerrero 11.5 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

[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]

DE LA DEFUNCIÓN

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

A.G.7. N. 4

[redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] 16.1 Calle y número

Centro 16.2 Colonia

Iguala de la Independencia 16.3 Localidad

Iguala de la Independencia 16.4 Municipio o delegación

Guerrero 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Mes Año Horas) 12 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]	12 hrs	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	2 días	
	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			

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

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.4 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 | 23.7.2 Colonia | 23.7.3 Localidad | 23.7.4 Municipio o delegación | 23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Nombre(s))

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 ○6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s))

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] Acapulco
Km 196 Colonia Centro

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día Mes Año)

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

4

ESTE CERTIFICADO ES PROPIEDAD DEL REGISTRO CIVIL Y NO PUEDE SER VENDIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 273

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 22 de Agosto 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	23/08/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales De dias

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 22 AL 28 DE Agosto

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 12/09/16 Hora 14:00 hrs
Recibio Nadia Tiara D

ATENTAMENTE

C. [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
2015 - 2018

274

2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 23 de agosto de 2016.

Se autoriza al C. [redacted] **Fosa en Temporalidad (fosa común) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de:** [redacted] **en la Primera Ampliación en el Panteón Municipal.**

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
ONES
2018
Y DESARROLLO

[redacted]

DIRECCIÓN DE PANTEONES.

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
TZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

275

OFICIALIA 01 [redacted]
LIBRO 05 [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: VIUDA
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 15:00
LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
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] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. PARENTESCO: HIJO
OCUPACION: COMERCIANTE

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] GUERRERO PARENTESCO: NINGUNO
NOMBRE: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO PARENTESCO: NINGUNO
OCUPACION: AMA DE CASA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] TESTIGO [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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO
REGISTRO CIVIL

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. 1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

276

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] [redacted]

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ●2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted]

11.1 Calle y número: Iguala

11.2 Colonia:

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Guerrero

11.5 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: 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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala

16.2 Colonia:

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Guerrero

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Año; 11:00 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	1 hr	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	3 años	
	c) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	20 años	
	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 ○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

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vía pública ○1 Área deportiva ○3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Vivienda particular (casa, departamento, etc.) ○2 Calle o carretera (vía pública) ○4 Otro ○8 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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

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 Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

277

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

- AMPLIACION

- 2016

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

- "SEPTIEMBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

278

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0209

Iguala de la independencia, Gro., a 25 del mes de Septiembre del 2016.

Se autoriza al C. Funerales Oriastegui con domicilio Periferico Sur S/N Col. Daniel Moragama tel. no. 733-101-39-79 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

RAL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

C. ENRIQUE GONZALEZ FARIAS.
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

279

1.Nombre legal del difunto: [redacted]				Nombre Soltero	2.Fecha de la muerte [redacted]
3.Sexo: [redacted]	4.Fecha de Nacimiento: [redacted]	5.Edad (a anos) [redacted]	Menos de 1ano Mes Días	Menos de 1 día Hrs. Min.	6.Lugar de Nacimiento: [redacted]
7. Número de Seguro Social: [redacted]		8.Estado Civil: XX Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Nunca Casado(a) Desconocido		9.Conyuge Sobreviviente (Si es Esposa, Nombre de Soltera [redacted]	
10.Direcion de Residencia [redacted]			10b.Apt.No.	10c.Cuidad o Pueblo: [redacted]	
10d.Condado: [redacted]	10e.Estado: [redacted]	10f. Zona Postal: [redacted]		10g. Dentro de los límites de la Cuidad? XX Si No	
11. Nombre del Padre : [redacted]			12. Nombre de la Madre (Nombre de Soltera): [redacted]		
13. Hospital: Internado Paciente Externo Muerte al Arribo Emergencia		13. Si muerte ocurrió en otro lugar diferente al hospital o XX Hospicio o Asilo Residencia Otro (especifique)			
14. Condado de Muerte [redacted]	15. Ciudad y Zona Postal [redacted]		16. Nombre de Hospital o Institución: (Domicilio) [redacted]		
17. Informante [redacted]		18.Domicilio del Informante [redacted]			
19.Metodo de Disposición Entierro Cremación Traslado XX o Donación o Otro (especifique)		20. Firma de Director y Numero de Licencia: [redacted] FIRMA ELECTRONICA		21. XX Desconocido Sección: Cuadro: Lote: Espacio:	
22.Lugar de disposición: (cementerio, crematorio o otro) PANTEON MUNICIPAL		23. Lugar: (Cuidad/Pueblo y Estado) IGUALA GUERRERO, MX			
24. Nombre de Funeraria LEAL FUNERAL HOME		25. Dirección Completa de Funeraria [redacted]			
26. El que Certifica XX Doctor – De acuerdo a mi saber y leal entender la muerte ocurrió en la fecha, hora y lugar, así como por la(s) causa(s) establecida(s) anteriormente. Médico Forense/ Juez de la Paz- De acuerdo a las bases del examen y/o investigación practicadas en mi opinión, la muerte ocurrió en la fecha, hora y lugar así como por la(s) causa(s) establecida(s) anteriormente.					
27. Firma del que certifica: [redacted] ELECTRONICA		28.Fecha que certifico [redacted]	29. No. de Licencia: [redacted]	30. Hora de muerte: [redacted]	
31.Nombre en letra de molde del que certifica y dirección: [redacted]				32.Titulo del que certifica: MEDICO	
33. Parte 1. Escriba las enfermedades (s), Lesión(es) o complicación(es) que hayan causado la muerte. No incluya las siguiente: Shock, Falso ataque al Corazón o respiratorio. Causa Inmediata a. [redacted] Escriba solamente Causa en cada línea. CAUSA INMEDIATA, enfermedades o lesiones que contribuyeron a la Causa inmediata. b c. d.				Intervalo aprox. entre el ataque y la muerte DIAS	
Parte 2. Condiciones que hayan contribuido a la muerte, pero que no hayan sido el resultado de la causa inmediata y abuso de sustancias, diabetes, tabaquismo, etc. HIV			34. Autopsia? Si No 35. Tuvieron el resultado de la autopsia para determinar la causa de muerte Si No		
36. Modo en que ocurrió la muerte: Natural XX Accidental Susidio Homicidio Investigación Pendiente Desconocido	37. El uso del tabaquismo contribuyo a la muerte Si No Probablemente Desconocido XX	38. Mujeres: a. estuvo embarazada desde hace un ano b. Murió embarazada c. No murió embarazada pero estuvo dentro de 42 días antes de morir d. No murió embarazada pero estuvo 43 días a un año antes de morir. e. Desconocido si estuvo dentro de un ano.		39. Si lastimado(a) por transportación o Conductor/Operador XX o Pasajero o Peatón o Otro(especifique)	
40a. Fecha de Lesion	40b. Hora	40c. Lesión en el trabajo?		40d. Lugar donde ocurrió la lesión:	
40e.Direcion donde ocurrió la lesión –				40f. Condado donde ocurrió la lesión:	
41. Como ocurrió la lesión:					
42a. Numero de archivo con el Registro: 0216776	42b.Fecha recibido en registro local SEPTIEMBRE 23, 2016		42c. Registrador(a) [redacted] REGISTRADORA CUIDAD DE ARCHIVO ELECTRONICO		

[redacted]

[redacted]
Notary Public, State of Texas
My Commission Expires
March 21, 2018

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

280

Leal Funeral Home

1922 Strawberry Rd. Pasadena, Texas 11123 Katy Fwy Houston, Texas 77079 1813 Holland Houston, Texas 77029
Phone: 713.532.6939 | Fax: 713.532.6633

Re: [redacted] **(Deceased)**

Date of Death [redacted]

CERTIFICATION OF EMBALMING AND PREPARATION OF HUMAN REMAIN

I [redacted] Texas Funeral License Number: [redacted] uthorized by the State of Texas and the Funeral Service Commission certify that the human remains of [redacted] were properly embalmed and prepared for ship out/transfer in conformity with the laws of the State of Texas, I hereby certify that named human remains does not jeopardize public health.

[redacted]

License Embalmer

[redacted]

STATE OF TEXAS
COUNTY OF HARRIS

Signed and sword before me, Notary Public in and for the state of Texas this

Day [redacted]

[redacted]

Notary Public, State of Texas
My Commission Expires
March 21, 2018

...L DE LA REPUBLI...
...L. DE INVESTIGACIÓN...
...N PARA EL CASO
...TZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

281

PERMISO DE TRANSITO DE CADAVER

EDR [redacted]

Nombre del Difunto [redacted]	Segundo Nombre:	Apellido: [redacted]

Edad: [redacted] AÑOS	Sexo: [redacted]	Fecha de Fallecimiento: [redacted]	Método de Disposición: xx Traslado Cremación Entierro Cenizas

Lugar de defuncion: [redacted]	Ciudad-Condado [redacted]	Estado: [redacted]
Nombre del cementerio o crematorio: **PANTEON MUNICIPAL**	Ciudad: **IGUALA GUERRERO**	Estado: **MEXICO**
Nombre del Director de Funeraria en imprenta: [redacted]	Direccion: [redacted]	

En imprenta el nombre de la registradora local: **REGISTRADOR(A)- CIUDAD D** [redacted]	Condado: [redacted]	Ciudad- Distrito: [redacted]	Numero de archivo [redacted]

Un certificado de defunción estando registrado o completado lo más posible; permiso se ha dado para la disposición final, transportación, o remoción del Estado de Texas.

[redacted] REGISTRADORA ESTATAL — 09/23/2016

Firma del(la) Registrador(a) o Validez Electrónica — Fecha

Recibido por: [redacted] Fecha: 09/23/2016

EL ESTADO DE TEXAS

CONDADO DE [redacted]

SUSCRIBIO Y JURO ANTE MI EL 23 DE SEPTIEMBRE DEL 2016.

SELLO NOTARIO PÚBLICO, ESTADO DE TEXAS [redacted]

MI COMISION EXPIRA: MARZO 21,DEL 2018

"NO SOY LICENCIADO EN DERECHO PARA PRACTICAR LA LEY EN EL ESTADO DE TEXAS, NI ESTOY AUTORIZADO A RECIBIR DINERO A CAMBIO AVISOS LEGALES"

RAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
TOTZINAPA

[redacted]
Notary Public, State of Texas
My Commission Expires
March 21, 2018

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

EDR: [redacted]

282

BURIAL TRANSIT PERMIT

Name of Deceased - First	Middle	Last
[redacted]		[redacted]

Age	Sex	Date Of Death (mm-dd-yyyy)	Method of Disposition
[redacted] YEARS	☒ Male ☐ Female	[redacted]	☐ Burial ☐ Cremation ☐ Donation ☐ Entombment ☒ Removal from state ☐ Other (Specify)

Place of Death	City - County	State
[redacted]	[redacted]	TX

Name of Cemetery or Crematorium	City	State
PANTEON MUNICIPAL	IGUALA GUERRERO	MX

Print-Name of Funeral Director or Person Acting as Such	Address	City	State	Zip Code
[redacted]	[redacted]	[redacted]	TX	[redacted]

Local Registrar	County	City/Precinct	File Number
REGISTRAR - [redacted]	[redacted]	[redacted]	0216776

A certificate of death having been registered or completed in so far as possible; permission is hereby given for final disposition, transport, or removal of the body from the state of Texas.

VICTOR A. FARINELLI, State Registrar, TER-Electronic Validation — Signature of Registrar or Electronic Validation

SEPTEMBER 23, 2016 — Date (mm-dd-yyyy)

Recieved by: [redacted] Date 9-23-16

WARNING
This is a government document. Texas Penal Code, Section 37.10, specifies penalties for making false entries or providing false information in this document

Vital Statistics 25 Texas Administrative Code Sec. 181.2(b), "If a dead body or fetus is to be removed from this state, transported by common carrier within this state, or cremated, the funeral director, or person acting as such, shall obtain a burial-transit permit from the local registrar where the death certificate is or will be filed, or from the state registrar electronically through a Bureau of Vital Statistics electronic death registration system. The registrar shall not issue a burial-transit permit until a certificate of death, completed in so far as possible, has been presented (See §181.6 of this title (relating to Disinterment))."

A file number may be assigned by the registrar as needed. A copy of this permit is to accompany the body in transit. There is no fee authorized for the issuance of a Burial-Transit Permit.

If an incomplete death certificate is used to obtain the Burial Transit Permit, the registrar will validate that the body is no longer needed by the certifier of cause of death before issuing the permit, to ensure that a completed death certificate will be received. "Completed as far as possible" means the information relating to the deceased, including the name, date of death, place of death and funeral director's information is completed. In a few instances, the cause of death may not be completed. It is the responsibility of the person presenting the the Certificate of Death, and obtaining the Burial Transit Permit, to assure that the fully completed Certificate of Death is filed as soon as possible.

[illegible] DE INVESTIGACION PARA EL CASO AYOTZINAPA

In accordance with state statute, before a dead body can be cremated, a Cremation Authorization must be signed and issued by the medical examiner or justice of the peace of the county in which the death occurred showing that an autopsy was performed or that no autopsy was necessary. If an inquest is being conducted by the medical examiner or justice of the peace, authorization for cremation from the medical examiner or justice of the peace is required.

[HSC §193.008, 25 TAC §181.2, §181.3]

VS-116T Revised 9/2004

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

283
283

Leal Funeral Home
11123 Katy Freeway, Houston, Texas 77079
Phone: 713.532.6939 | Fax: 713.532.1424

RE: Fallecido(a) [redacted]
Fecha de fallecimiento: **09/14/2016**

CERTIFICADO DE EMBALSAMAMIENTO Y PREPARACION DE RESTOS HUMANOS

El que escribe: [redacted] , Numero de Licencia [redacted] Autorizado por el Estado de Texas y La Comisión de Servicios Fúnebres certifica que el cadáver quien en vida llevo el nombre de [redacted] fue embalsamado y preparado para trasladar, conforme la ley según el Estado de Texas, y que los restos del trasladado(a) no perjudican la salud pública.

[redacted]
Licencia Y firma de Embalsamador(a)
[redacted]

ESTADO DE TEXAS
CONDADO DE HARRIS

Firma y jura ante mí, Notario Público para el Estado de Texas este día: **09/23/2016**.

[redacted]
Notario Público

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGA[redacted]
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted]
Notary Public, State of Texas
My Commission Expires
March 21, 2018

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICATION OF VITAL RECORD

CITY OF HOUSTON

284

VOID VOID VOID

STATE OF TEXAS — **CERTIFICATE OF DEATH** — **STATE FILE NUMBER**

TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES - VITAL STATISTICS UNIT

1. LEGAL NAME OF DECEASED (Include AKA's, if any) (First, Middle, Last) [redacted] (Before Marriage)
2. DATE OF DEATH - ACTUAL OR PRESUMED (mm-dd-yyyy) [redacted]
3. SEX [redacted]
4. DATE OF BIRTH (mm-dd-yyyy) [redacted]
5. AGE-Last Birthday (Years) 77 — IF UNDER 1 YR Mo Days — IF UNDER 1 DAY Hours Min
6. BIRTHPLACE (City & State or Foreign Country) MEXICO
7. SOCIAL SECURITY NUMBER [redacted]
8. MARITAL STATUS AT TIME OF DEATH ☒ Married ☐ Widowed ☐ Divorced ☐ Never Married ☐ Unknown
9. SURVIVING SPOUSE'S NAME (If wife, give name prior to first marriage) [redacted]
10a. RESIDENCE STREET ADDRESS [redacted] 10b. APT. NO. 10c. CITY OR TOWN [redacted]
10d. COUNTY [redacted] 10e. STATE [redacted] 10f. ZIP CODE 77060 10g. INSIDE CITY LIMITS? ☒ Yes ☐ No
11. FATHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE [redacted] 12. MOTHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE [redacted]
13. PLACE OF DEATH (CHECK ONE):
IF DEATH OCCURRED IN A HOSPITAL: ☐ Inpatient ☐ ER/Outpatient ☐ DOA
IF DEATH OCCURRED SOMEWHERE OTHER THAN A HOSPITAL: ☒ Hospice Facility ☐ Nursing Home ☐ Decedent's Home ☐ Other (Specify)
14. COUNTY OF DEATH [redacted] 15. CITY/TOWN, ZIP (IF OUTSIDE CITY LIMITS, GIVE PRECINCT NO) [redacted] 16. FACILITY NAME (If not institution, give street address) [redacted]
17. INFORMANT'S NAME & RELATIONSHIP TO DECEASED [redacted] 18. MAILING ADDRESS OF INFORMANT (Street and Number, City, State, Zip Code) [redacted]
19. METHOD OF DISPOSITION ☐ Burial ☐ Cremation ☐ Donation ☐ Entombment ☒ Removal from state ☐ Other (Specify)
20. SIGNATURE AND LICENSE NUMBER OF FUNERAL DIRECTOR OR PERSON ACTING AS SUCH [redacted]
21. ☒ Unknown Section Block Lot Space
22. PLACE OF DISPOSITION (Name of cemetery, crematory, other place) PANTEON MUNICIPAL
23. LOCATION (City/Town, and State) IGUALA GUERRERO, MX
24. NAME OF FUNERAL FACILITY LEAL FUNERAL HOME - JACINTO CITY
25. COMPLETE ADDRESS OF FUNERAL FACILITY (Street and Number, City, State, Zip Code) [redacted]
26. CERTIFIER (Check only one)
☒ Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner stated.
☐ Medical Examiner/Justice of the Peace - On the basis of examination, and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date and place, and due to the cause(s) and manner stated.
27. SIGNATURE OF CERTIFIER [redacted] 28. DATE CERTIFIED (mm-dd-yyyy) SEPTEMBER 22, 2016 29. LICENSE NUMBER [redacted] 30. TIME OF DEATH (Actual or presumed) 03:24 PM
31. PRINTED NAME, ADDRESS OF CERTIFIER (Street and Number, City, State, Zip Code) [redacted] 32. TITLE OF CERTIFIER MD

WARNING — The penalty for knowingly making a false statement in this form can be 2-10 years in prison and a fine up to $10,000. (Health and Safety Code, Sec. 195.003)

CAUSE OF DEATH

33. PART 1. ENTER THE CHAIN OF EVENTS - DISEASES, INJURIES, OR COMPLICATIONS - THAT DIRECTLY CAUSED THE DEATH. DO NOT ENTER TERMINAL EVENTS SUCH AS CARDIAC ARREST, RESPIRATORY ARREST, OR VENTRICULAR FIBRILLATION WITHOUT SHOWING THE ETIOLOGY. DO NOT ABBREVIATE. ENTER ONLY ONE CAUSE ON EACH.

Approximate Interval Onset to death

IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition ⟶ resulting in death) a. [redacted] — DAYS

Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated, the events resulting in death) LAST

b. Due to (or as a consequence of):

c. Due to (or as a consequence of):

d. Due to (or as a consequence of):

PART 2. ENTER OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH BUT NOT RESULTING IN THE UNDERLYING CAUSE GIVEN IN PART I.

ATRIAL FIBRILLATION,HTN,S/P CVA WITH R HEMIPLEGIA,TYPE 2 DM,PULMONARY HYPERTENSION

34. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? ☐ Yes ☒ No
35. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? ☐ Yes ☐ No

36. MANNER OF DEATH ☒ Natural ☐ Accident ☐ Suicide ☐ Homicide ☐ Pending Investigation ☐ Could not be determined

37. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH? ☐ Yes ☐ Probably ☒ Unknown

38. IF FEMALE: ☐ Not pregnant within past year ☐ Pregnant at time of death ☐ Not pregnant, but pregnant within 42 days of death ☐ Not pregnant, but pregnant 43 days to one year before death ☐ Unknown if pregnant within the past year

39. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: ☐ Driver/Operator ☐ Passenger ☐ Pedestrian ☐ Other (Specify)

40a. DATE OF INJURY (mm-dd-yyyy) 40b. TIME OF INJURY 40c. INJURY AT WORK? ☐ Yes ☐ No 40d. PLACE OF INJURY (e.g. Decedent's home, construction site, restaurant, wooded area)

40e. LOCATION (Street and Number, City, State, Zip Code) 40f. COUNTY OF INJURY

41. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED

42a. REGISTRAR FILE NO. 0216776 42b. DATE RECEIVED BY LOCAL REGISTRAR SEPTEMBER 23, 2016 42c. REGISTRAR REGISTRAR - CITY OF HOUSTON, ELECTRONICALLY FILED

EDR NUMBER 000001969551

VS-112 REV. 1/2006

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN
COMPARA EL CASO
IGUALA-AYOTZINAPA

[redacted]

STATE OF TEXAS

This is a true and correct reproduction of the original record as recorded in this office. Issued under authority of Section 191.051, Health and Safety Code.

ISSUED SEP 23 2016

[redacted]
Local Registrar

WARNING: THIS DOCUMENT HAS A DARK BLUE BORDER AND A COLORED BACKGROUND

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

285

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 29 de Agosto 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	04/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Celestial
[redacted]	04/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Valladares

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
ATENCIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 29 AL 4 DE Septiembre

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 12/09/16 Hora 14:00 hrs
Recibio Ada Teresa A

ATENTAMENTE

[redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 286

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 29 de Agosto 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	04/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Celestial
[redacted]	04/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Valladores

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE ATENCIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 29 AL 4 DE Septiembre

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 12/09/16 Hora 14:00 hrs
Recibio Arq. Tesar A

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

287

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0175

Iguala de la independencia, Gro., a 09 del mes Septiembre del 2016.

Se autoriza al C. Funerales Celestial con domicilio AV. Bandera Nacional #82 tel. no. 7102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVES[redacted]
CIÓN PARA EL C[redacted]
YOTZINAPA

[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

288

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0170

Iguala de la independencia, Gro., a 04 del mes Septiembre del 2016.

Se autoriza al C. Funerales Valladares con domicilio Calle Rufo Figueroa #157 col 24 de Febrero tel. no. 33 2 68 86 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

Fosa Comun [redacted]

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATEN[redacted]
ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

289

2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 05 de septiembre de 2016.

Se autoriza al [redacted] Fosa en Temporalidad (fosa común) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la primera Ampliación, Cuarta sección en el Panteón Municipal.

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
[redacted]
EONES
- 2018
CIA Y DESARROLLO

DIRECCIÓN DE PANTEONES.

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 240

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 18 de Septiembre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	15/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	16/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales cristo Rey
[redacted]	17/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

SEMANA DEL 12 AL 18 DE Septiembre

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:35 PM
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

291

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0216

Iguala de la independencia, Gro., a 15 del mes Septiembre del 2016

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio Av. Bandera Nacional # 45 tel. no 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ERAL DE LA REPÚBLI[redacted]
CIAL DE INVESTIGACIÓ
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA
[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO [redacted]

242

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [redacted]

2. CURP [redacted] Se ignora ○99

3. SEXO Hombre ☒1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Otra ○2 Se ign

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ☒2 Se ignora ○9

6. PESO 0151B . 0100 Kilogramos Gramos

7. TALLA 1 . [redacted] Metros Cm

8. [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 0 [redacted] Años cumplidos; Se ign

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) ○6 Divorciado(a) ○5 Viudo(a) ○3 Soltero(a) ○1 Casado(a) ☒5 Se ign

[redacted]

11.2 Colonia ___ 11.3 Localidad Guerrero

Iguala 11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si resida 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 ☒6 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Posgrado ○10

[redacted] Se igno

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]

DE LA DEFUNCIÓN

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

[redacted] 15.1 Nombre de la unidad médica

[redacted] Clues (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar

Hogar ○11 Se ignor

[redacted]

16.1 Calle y número Centro 16.2 Colonia Iguala 16.3 Localidad

Iguala 16.4 Municipio o delegación Guerrero 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [redacted] Día Mes Año 12:13 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 NECROP Sí ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a. [redacted]	4horas	
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]	4 horas	
	c. [redacted]	5 años	
	d. [redacted]	5 años	
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 ○1 No ○2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUN 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? Sí ○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 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 domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número CALLE DE LA REPUBLICA 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad

Clave 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. [redacted] 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICA 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 C [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO [redacted] Morelos centro, Iguala.

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted]

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

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

293

Nº 0071

Iguala de la independencia, Gro., 16 del mes Septiem del 2016.

Se autoriza al C. Funerales Cristo Rey con domicilio Alcaraz #26 tel. no. 33-2-35-40 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted] persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO
TZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIR. DE
ANTEONES
15 - 2018
PARENCIA Y DESARROLLO

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

294

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0219

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes SEPTIEMBRE del 2015.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #49 tel. no. 3326595, la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

ENERAL DE LA [illegible]BLICA
ECIAL DE INV[illegible]IGACIÓN
ACIÓN PARA E[illegible]
AYOTZINAPA

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 245.

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 05 de Septiembre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	07/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez
[redacted]	07/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Celestial
[redacted]	09/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

SEMANA DEL 05 AL [illegible]Septiembre

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 12/09/16 Hora 14:00hrs.
Recibio [illegible]

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

[redacted]

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

296

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 05 | ACTA NO. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 23:43

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) ___
C) ___

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: HEROICO COLEGIO MILITAR NO. 3, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: CONCUBINA

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: PROFESORA JUBILADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO [redacted] OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

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, SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

[redacted]

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted]

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

247

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO [redacted]

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

EN CASO DE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION; 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): [redacted] — Apellido paterno: [redacted] — Apellido materno: [redacted]

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? SI ○1 NO ○2 Se ignora ○9

6. PESO: 9.15 . 0 0 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 0 1 Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [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 residió en el extranjero): GUERRERO

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] — Se ignora ○99

13.1 Trabajaba SI ○1 NO ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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: CLINICA HOSPITAL ISSSTE

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: ANDADOR COLEGIO NAVAL No. 3 COL. CENTRO

16.1 Calle y número: EDO. DE INDEPENDENCIA — 16.2 Colonia: ___ — 16.3 Localidad: CUERRERO

16.4 Municipio o delegación: ___ — 16.5 Entidad federativa: ___

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Año; 2 3 Horas : 4 3 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 NO ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 NO ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardiaco, asfenia, 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]	1 MES	
	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 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: ___

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 ○5

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; Vía pública colectiva (calle, camino, etc.) ○1; 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 reportada en el Ministerio Público con el folio número: [redacted] Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo en caso de accidentes, especifique el domicilio donde ocurrió

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: [redacted] Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADO 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

28. NOMBRE: [redacted] Apellido paterno

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día / Mes / Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: ___ Núm. ___ Año ___

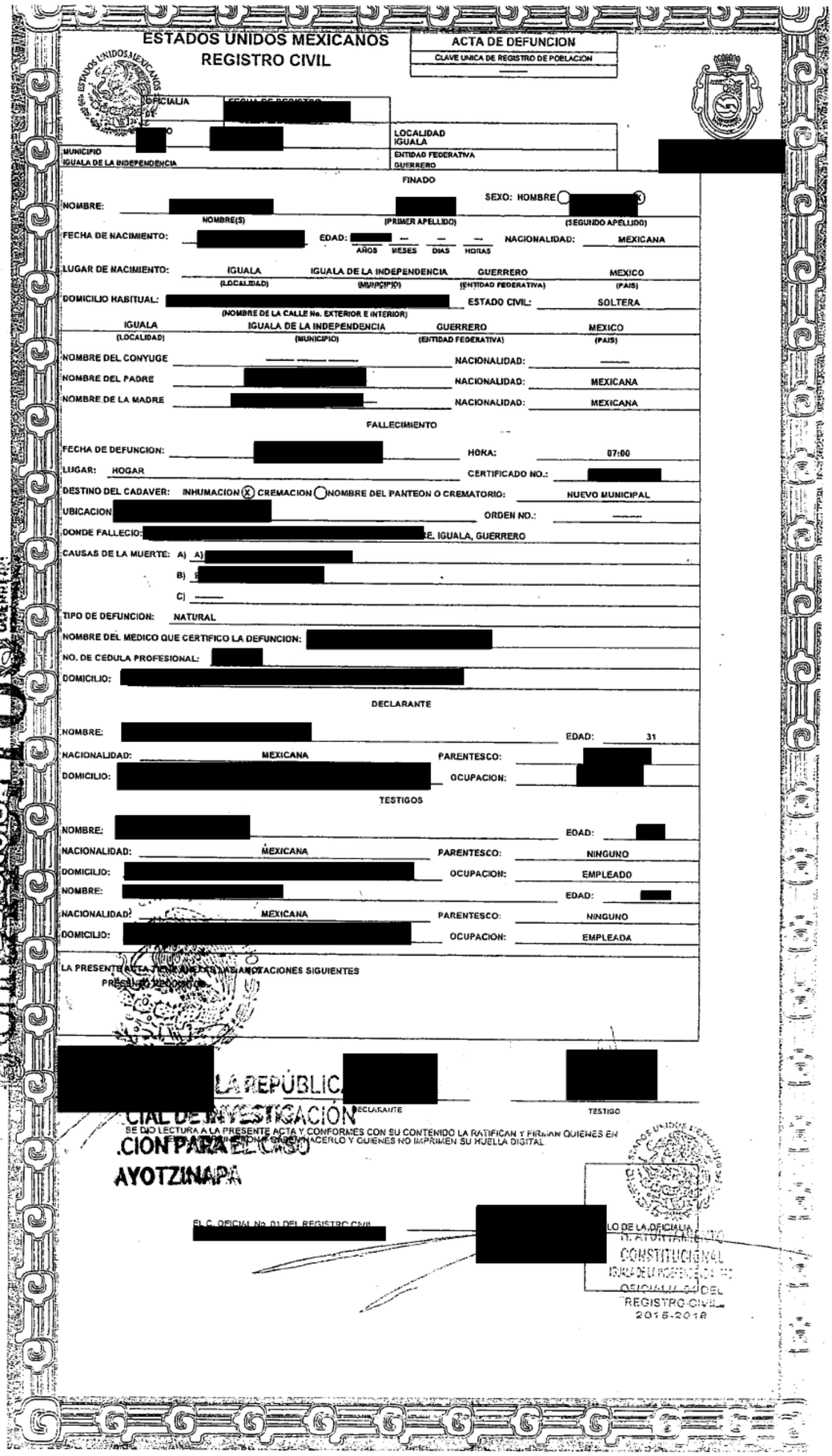
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: ___ — 34.2 Municipio o delegación: ___ — 34.3 Entidad federativa: ___ — Día / Mes / Año

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA [redacted] FECHA DE REGISTRO [redacted]
[redacted] LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS -- MESES -- DIAS -- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: SOLTERA
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 07:00
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL
UBICACION [redacted] ORDEN NO.: ———
DONDE FALLECIO: [redacted] E. IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) [redacted]
C) ———
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted]

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: 31
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO [redacted]

[redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO

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

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

[redacted] TULAR DE LA OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GUERRERO
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
ACTA DE DEFUNCION

Orlando.

248

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

299

EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ES UN DOCUMENTO QUE PARA GUARDAR EL ACATO DEBIDO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN POR LA PERSONA (ROSA) PARA ENTREGARLA A LA PERSONA (ROSA) PARA ENTREGARLA A LA PERSONA (ROSA)

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 — Se ignora ○99

3. SEXO — Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD — Mexicana ⊗1

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO — Kilogramos . Gramos

7. TALLA — Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO — [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 [redacted]

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ⊗1 Casado(a) ○5

11. RESIDENCIA HABITUAL — [redacted]

11.2 Colonia: Iguala Guerrero

11.3 Localidad: Iguala Guerrero

11.4 Municipio o delegación: Iguala Guerrero

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD — Ninguna ⊗1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: hogar

13.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD — Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

[redacted]

16.2 Colonia: Iguala Guerrero

16.3 Localidad: Iguala Guerrero

16.4 Municipio o delegación: Iguala Guerrero

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — 20 (Día) 12 (Mes) 17 (Año) 16:10 (Horas:Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? — Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○8

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — Sí ○1 No ○2

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) [redacted]

Causas antecedentes
b) [redacted]
c) Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: a) 5 min. b) 10 años

Código CIE

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: El embarazo ○1; El parto ○2; El puerperio ○3; 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4; Un año o más después del parto o aborto ○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

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 centro de trabajo? Sí ○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: [illegible] PÚBLICA

23.6 Describa brevemente la ocupación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [illegible] INVESTIGACIÓN

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: [illegible] EL CASO

23.7.1 Calle y número: [illegible] OTZINAPA

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): GERMAN ULISES; Apellido paterno: ESCOBAR; Apellido materno: BARRERA

25. PARENTESCO CON EL FALLECIDO: SOBRINO

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 ⊗6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de la cédula profesional: 6520752

28. NOMBRE — Nombre(s): FRANCISCO CARLOS; Apellido paterno: RIVERA; Apellido materno: CASTILLO

29. TELEFONO: 733 124 53 79

30. DOMICILIO: CALZADA 96 COL. 20 DE NOVIEMBRE

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO — Libro Núm.; 33.1 Acta N.:

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Lugar

34.2 Fecha de registro

[illegible] EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

300

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 07 de octubre 2016

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAS
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	27/09/2016	[redacted]
		Funerales Valladares
[redacted]	30/09/2016	[redacted]
		Funerales de Dios
[redacted]	30/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Uriostegui

SEMANA DEL 26 AL 02 DE octubre

ATENTAMENTE

[redacted]

C. [redacted]

ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05/12/16 Hora 01:56 pm
Recibio Noty

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
CRIMEN ORGANIZADO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 160278255 301

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO 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] Apellido paterno [redacted]

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? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: [redacted] Kilógramos . 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL [redacted]
11.1 Calle y número
11.2 Colonia
11.3 Localidad: Iguala
11.4 Municipio o delegación
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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

[redacted] Se ignora ○99

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

DE LA DEFUNCIÓN

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
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

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

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [redacted] Horas 13:30 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]	1 día	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]		
	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			

FISCAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

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

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 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

DEL INF.

24. NOMBRE [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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 623926 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Apellido paterno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] 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 ___

Art.110 Fracc V y VI LFTAIP Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

302

OFICIALIA [redacted] FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 05 [redacted] LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 13:30
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 160278255
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [redacted]
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ———
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) [redacted]
C) ———
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: 45
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADA
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[redacted] Testigo [redacted] [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 [redacted]

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

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

303

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO 03 DE OCTUBRE DE 2016

LIBRO [redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ----------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2016 HORA: 22:30

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ----------

DONDE FALLECIO: [redacted], IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) ----------

C) ----------

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: AV. DEL ESTUDIANTE NO. 4, COLONIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] ACAPULCO, GUERRERO OCUPACION: DESEMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] FIRMAS [redacted] [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 [redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 304

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALL[redacted] — Apellido paterno [redacted]

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: 80 . ___ Kilogramos Gramos

7. TALLA: 1 . [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 07 9 Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RE[redacted]

11.1 Calle y número — 11.2 Colonia: Iguala de la Independencia — 11.3 Localidad: Iguala — 11.4 Municipio o delegación — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1; Preescolar ○12; Primaria incompleta ○2; Primaria completa ○3; Secundaria incompleta ○4; Secundaria completa ○5; Bachillerato o preparatoria incompleta ○11; Bachillerato o preparatoria completa ○6; Profesional ○7; Posgrado ○10; Se ignora ○99

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; IMSS ○2; ISSSTE ○3; PEMEX ○4; SEDENA ○5; SEMAR ○6; Seguro Popular ○7; IMSS Oportunidades ○10; Otra ○8; Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: ___

DE LA DEFUNCIÓN

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: ___

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ○11; Se ignora ○99

16. DOM[redacted]FUNCIÓN

16.1 Calle y número [redacted] — 16.2 Colonia [redacted] — 16.3 Localidad: Iguala — 16.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia — 16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [redacted] Día Mes Año — Horas: 3 0 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]	10 hrs.	
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) 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			

[illegible] REPUBLICA [illegible] CASO

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

Para ser llenado por personal capacitado

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? Sí ○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

DEL INF.

24. NOM[redacted] Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Nombre(s) — Apellido paterno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] Centro, Iguala, Guerrero

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

[illegible] COPIA (ROSA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN; EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

[redacted]

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

305

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0237

Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes Septiembre del 2016.

Se autoriza al C. Funerales Valladares con domicilio calle Ruffo Figueroa #157 Col 24 de Feb tel. no. 2331307224 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE
[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

306

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de Septiembre 2016

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAS
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	22/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales la Piedad
[redacted]	25/09/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Oriostegui

SEMANA DEL 19 AL 25 DE Septiembre

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

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:56 PM
Recibio

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

307

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 05 | ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------ ------ ------ NACIONALIDAD: ------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 17:50

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ------

DONDE FALLECIO: [redacted] E. IGUALA, GUERRERO

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

B) ------

C) ------

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] A, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NIETO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA,GRO OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [redacted] TIGACIÓN EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: ÓN PARA EL [redacted] ANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: AMA DE CASA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] TESTIGO

FIRMAS [redacted] E

[redacted] TESTIGO

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

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO [redacted]
LIC [redacted]

[redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO

INTERESADO

COPIA CERTIFICADA
GUERRERO
POR PRESENTA FECC

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

308

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

€2016₹

NERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

"OCTUBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

309

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 09 de octubre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		
[redacted]		

ESTADOS MEX
...NERAL DE LA REPÚBLICA
...CIAL DE INVESTIGACIÓN
...CIÓN PARA EL CASO
...YOTZINAPA

SEMANA DEL 03 AL 09 DE Octubre

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:56 pm
Recibio

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 310

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 16 de octubre 2016

C.P[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	10/10/2016	[redacted]
		Funeraria Valladares
[redacted]	13/10/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Urrosteguí
[redacted]	14/10/2016	[redacted]
		Funerales Gutierrez
[redacted]	16/10/2016	[redacted]
		Funerales Rueda

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 10 AL 16 DE octubre

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:56 pm
Recibio [redacted]

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

[redacted]

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

311

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] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 85.000 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 53 Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted] el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — 11.2 Colonia — 11.3 Localidad: IGUALA GUERRERO

11.4 Municipio o delegación — 11.5 Entidad federativa o país (si resida en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ⊗5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: COMERCIANTE — Se ignora ○99

13.1 Trabajaba SI ⊗1 NO ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ⊗1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Iguala

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA — 16.2 Colonia: CENTRO — 16.3 Localidad: IGUALA GUERRERO

16.4 Municipio o delegación — 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Horas: 02 Minutos: 45

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 NO ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 NO ⊗2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, por ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado, entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	3 días	
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]	2 años	
	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	DIABETES MELLITUS TIPO 2	20 años	

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

Uso exclusivo del personal codificador — 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

Área de vivienda particular ○0 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 Escuela (oficina pública) ○2 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

ENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AVOTZINAPA

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió el mismo

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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted]

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO

[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted]

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 Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

312

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 05 [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

LOCALIDAD: IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: 12 DE AGOSTO DE 1963 EDAD: 53 AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 02:45

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted], GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted]

C) ---

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA [redacted]

DOMICILIO: [redacted]

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted], GUERRERO OCUPACION: AMA DE CASA

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted], IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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 [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

[redacted]

INTERESADO

GUERRERO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

313

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] [redacted]

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: 65 . [ ] 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL: [redacted] 11.1 Calle y número; COL [redacted] 11.2 Colonia; IGUALA 11.4 Municipio o delegación; GUERRERO 11.3 Localidad; 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ⊗3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ⊗4 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [ ]

DE LA DEFUNCIÓN

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: [ ]

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [ ]

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16.1 Calle y número: [redacted] #3 16.2 Colonia: COL [redacted] 16.3 Localidad: IGUALA 16.4 Municipio o delegación: GUERRERO 16.5 Entidad federativa

17. FECHA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 12:20 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]	2 años	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	3 años	
	c) [redacted] II	3 años	
	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 ○1; El puerperio ○3; 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4; Ninguna de las anteriores ○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: [ ]

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? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0; Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1; Escuela u otra institución 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 por el Ministerio Público con el acta número [redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

[redacted] PGJE GUERRERO FISCALÍA REGIONAL DE INVESTIGACIÓN ACTUACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

23.7 Sólo en caso de accidente, señale 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 [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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] COL CENTRO IGUALA GRO

31. [redacted] FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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
Motivación 1

Art.113
Fracc. 1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

379

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 06 | ACTA No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 02:20
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
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] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CAPULCO, GUERRERO OCUPACION: DESEMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES Y DOCUMENTOS QUE SE PRESENTO REQUISITOS.

ERAL DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

FIRMAS

[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 [redacted]

[redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
AYUNTAMIENTO
SELLO DE LA OFICIALIA
INSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO
HUELLA DIGITAL

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

315

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

[redacted] | ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) — SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] — EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS — NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) ------- GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------- NACIONALIDAD: -------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 19:00

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: -------

DONDE FALLECIO: CALLE TLALIXTLAHUACA NO. 59. COLONIA INSURGENTES. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) B) [redacted]

C) -------

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] INSURGENTES. IGUALA, GRO. OCUPACION: COMERCIANTE

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: COMERCIANTE

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS:

PGR PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN
DEL DELITO QUE SE INVESTIGARA EL CASO
AYOTZINAPA

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. [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA
SELLO DE LA OFICIALIA
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. 1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

316

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) [redacted]

2. [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? SI ○1 No ⊗2 Se Ignora ○9

6. PESO: 34 Kilogramos . Gramos

7. TALLA [redacted] Metros Centímetros

8. [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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL (Lugar donde vivía permanentemente donde ocurrió el fallecimiento)

11.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

11.2 Colonia: [redacted]

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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

[redacted] Se Ignora ○99

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 [redacted] IMSS

DE LA DEFUNCIÓN

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

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se Ignora ○99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

16.2 Colonia: [redacted]

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. [redacted] Mes Año Horas 1:00 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se Ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

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

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	2 meses	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	1 año	
	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			

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 Puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 12 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

Uso exclusivo del personal codificador

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

Lugar 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 egresor con el(la) fallecido(a)?

23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.6 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: ___ 23.7.2 Colonia: ___ 23.7.3 Localidad: ___ 23.7.4 Municipio o delegación: ___ 23.7.5 Entidad federativa: ___

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

317

Nº 0243

Iguala de la independencia, Gro., a 14 del mes Octubre del 2015.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio Av. Barrera Nacional # 45 tel. no 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 318

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 23 de Octubre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	20/10/2016	4a. Seccion.
		Fosa Comun
[redacted]	20/10/2016	4a seccion, Lote 496
[redacted]		

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

SEMANA DEL 17 AL 23 DE Octubre

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 05:56 PM
Recibio

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

319

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 21 octubre de 2016.

Se autoriza al C. [redacted] Fosa en Temporalidad para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la primera Ampliación del Panteón Municipal

ATENTAMENTE

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

C. [redacted]
DIRECCIÓN DE PANTEONES.

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
ATENCIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 320

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 FALLECI[redacted] Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted]

2. CURP [redacted] 99

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 Se ignora ○

Si ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

5. PESO: 60 . 000 Kilogramos Gramos

7. TALLA [redacted] Metros Centímetros

8. FECHA [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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○

[redacted] 11.2 Colonia Iguala 11.3 Localidad

11.4 Municipio o delegación Iguala 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Guerrero

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

[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]

DE LA DEFUNCIÓN

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

H624 [redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○1 Hogar ○11 Se ignora ○9

[redacted] 16.2 Colonia Iguala 16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación [redacted] 16.5 Entidad federativa Guerrero

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 (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	20 hrs	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	1 año	
	c) [redacted]	3 años	
	d) [redacted]		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	3 años	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió: 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 10 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

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? Sí ○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

DEL INF[redacted]

24. NOMB[redacted] EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL C[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBR[redacted] Nombre(s) [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

[redacted] 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

DEL REG[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 ___

Art. 110 fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

LFTAIP Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 321

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 30 de Octubre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	27/10/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]		

SEMANA DEL 24 AL 30 DE Octubre

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

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

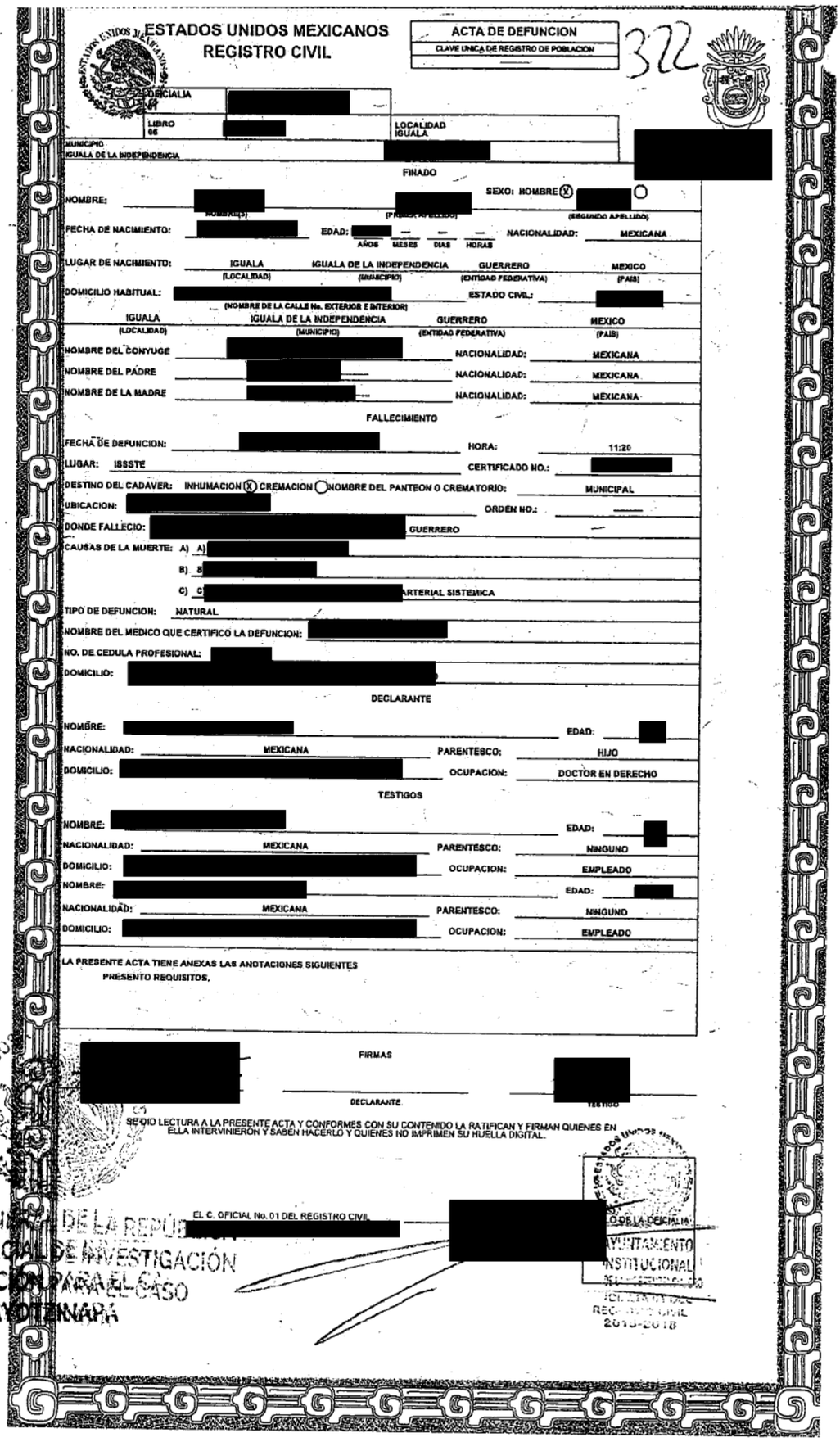
H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:56 PM
Recibió Daly

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

322

OFICIALIA [redacted]
LIBRO 06 [redacted]
LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA [redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
SEXO: HOMBRE (X) [redacted] O
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS
NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)
ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 11:20
LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ——
DONDE FALLECIO: [redacted] GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) B [redacted]
C) C [redacted] ARTERIAL SISTEMICA
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: MEXICANA PARENTESCO: HIJO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: DOCTOR EN DERECHO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS,

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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

GUERRERO
GOBIERNO DE LA GENTE

DEFUNCIÓN

DE LA REPÚ
CIAL DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
AYOTZINAPA

OFICIALIA
AYUNTAMIENTO
INSTITUCIONAL
2015-2018

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO [redacted] 323

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. 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: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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? Si ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: [redacted] Kilogramos . [redacted] 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 59 Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL (Domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)): [redacted]

11.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: GUERRERO

11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ⊗7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ⊗3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada [redacted] 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)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 16.2 Colonia: COLONIA CENTRO 16.3 Localidad: GUERRERO

16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; Horas 11 Minutos 20

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]	6 MESES	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	6 MESES	
	c) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	18 AÑOS	
	d) [redacted]	2 AÑOS	
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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE

23.1 [illegible]

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 [illegible] Ministerio Público [illegible]

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

NERAL DE LA REPUBLICA

23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad

CIAL DE INVESTIGACIÓN

23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE DEL INFORMANTE [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADO POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico ⊗3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil ○5 Otro ○8

AYOTZINAPA

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

29. TELÉFONO

[redacted] 3

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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 DEBERÁ REMITIR SOLAMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

324

PANTEON MUNICIPAL

"PRIMERA

AMPLIACION

€2016₹

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
SUBPROCURADURÍA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD ESPECIALIZADA PARA EL CASO
AYOTZINAPA

"NOVIEMBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

325

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 06 de Noviembre 2016

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	01/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Valladares
[redacted]	06/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Urrostegui
[redacted]	04/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez
[redacted]		

SEMANA DEL 31 AL 06 de Noviembre

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

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 07:58 pm
Recibio Naty

ATENTAMENTE

[redacted]
C [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

326

Nº 0296

Iguala de la independencia, Gro., a 01 del mes Noviembre del 2016.

Se autoriza al C. Funerales "Valladares" con domicilio Col. 24 de febrero tel. no. 7331291443 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ERAL DE LA REPUBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

C. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0212

Iguala de la independencia, Gro., a 6 del mes Noviembre del 2016.

Se autoriza al C. Funerales Uriostegui con domicilio Periferico Sur S/N Col. Daniel Moragame tel. no. 733-101-32-79 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

C. ENRIQUE GONZALEZ FARIAS.
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

328

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. [redacted]

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 Se ignora ○9

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 30 . [ ] Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 1 . 40 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 cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ●5 Se ignora ○9

11.1 Calle y número: [redacted]

11.2 Colonia: Iguala Guerrero

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación

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

13.1 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

DE LA DEFUNCIÓN

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; Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimiento [redacted]

16.1 Calle y número: [redacted]

16.2 Colonia: Iguala Guerrero

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

Fecha: [redacted] Día Mes Año; Hora: 21:50 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ●2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, 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]	8 días	
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)		
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 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 Sólo 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

DEL INF.

24. NO[redacted] Apellido paterno Apellido materno

25. PA[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 ○8

27. S[redacted] Número de la cédula profesional

28. NO[redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. 01 , Libro Núm. [redacted]

33.1 Acta N[redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: Iguala

34.2 Municipio o delegación: Iguala

34.3 Entidad federativa: Guerrero

34.4 Día 04 Mes [redacted] Año 2016

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA JUNTA [illegible]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

329

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 06 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) PEDRO ASCENCIO ALQUISIRAS (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) VILLA DE GUADALUPE ESTADO CIVIL: CASADO

[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ----------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 22:50

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 160266480

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] AMPLIACION ORDEN NO.: ----------

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]

B) B) [redacted]

C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] V. DE GUADALUPE. IGUALA, GRO.

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: 55

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UERRERO OCUPACION: COMERCIANTE

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 [redacted]

[redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS SELLO DE LA OFICIALIA H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GUERRERO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

330

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 13 de Noviembre 2016

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	09/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]		

NERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 07 AL 13 DE Noviembre

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:56 pm
Recibio Naty

ATENTAMENTE

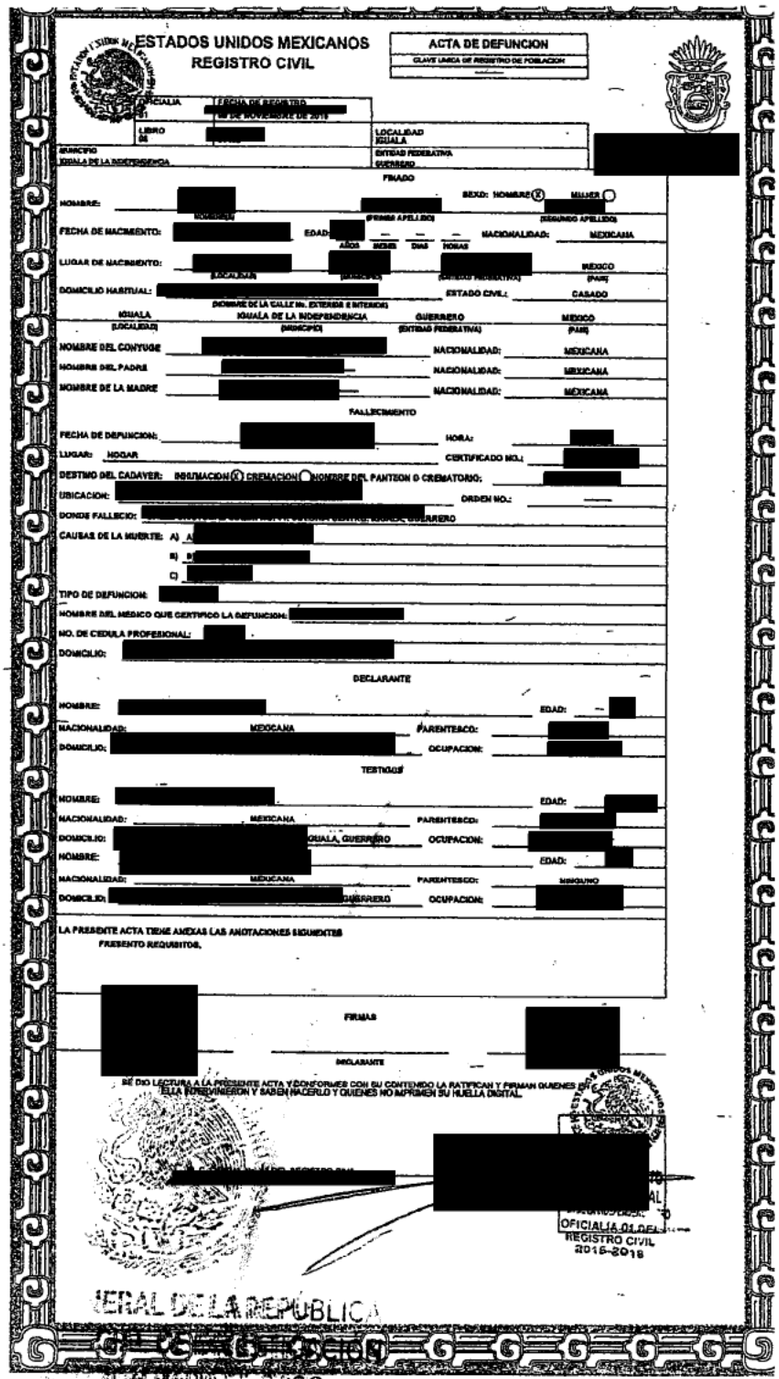
C [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

Orlando

331



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted] DE NOVIEMBRE DE 2018
LIBRO 06 | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO) | SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] | EDAD: [redacted] AÑOS MESES DIAS HORAS | NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) | ESTADO CIVIL: CASADO
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] | NACIONALIDAD: MEXICANA

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 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: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] | OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO | OCUPACION: [redacted]
NOMBRE: [redacted] | EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA | PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] GUERRERO | OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
[redacted] (DECLARANTE) [redacted]

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

[redacted]

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GRATUITO GUERRERO

ERAL DE LA REPUBLICA

[redacted] EL CASO INTERESADO

AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

332

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN CONTENIDA 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] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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: ___ Kilogramos . ___ Gramos

7. TALLA: ___ 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 5 8 Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL [redacted]

11.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — 11.2 Colonia: ___ — 11.3 Localidad: IGUALA — 11.4 Municipio o delegación: GUERRERO — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): ___

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

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: ___

DE LA DEFUNCIÓN

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: ___ — 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___ — Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted]

16.1 Calle y número: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — 16.2 Colonia: ___ — 16.3 Localidad: IGUALA — 16.4 Municipio o delegación: GUERRERO — 16.5 Entidad federativa: ___

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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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	[redacted]		
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)	[redacted]		
c) Debido a (o como consecuencia de)	[redacted]		
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 ○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: ___

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? Sí ○1 No ○2

Vivienda particular ○6 — 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) ○8 — 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 pormenorizadamente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

FISCALÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el complicidad en que 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 [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERT[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: Dr. [redacted] (Apellido paterno / Apellido materno)

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] GRO.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

33. [redacted] 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
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

339

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 20 de Noviembre 2016

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	18/11/2016	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	18/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez
[redacted]	19/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales el Angelin

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

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 25/11/16 Hora 02:56 pm
Recibio

SEMANA DEL 14 AL 20 de Noviembre

ATENTAMENTE

C [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

334

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 18 noviembre de 2016.

Se autoriza a la C. [redacted] Fosa en Temporalidad para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la primera ampliación del Panteón Municipal

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PA[redacted]
IGUALA 20[redacted]
TRANSPA[redacted]

DIRECCIÓN DE PANTEONES.

[redacted]ERAL DE LA REPÚBLICA
[redacted]CIAL DE INVESTIGACIÓN
[redacted]CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

335

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] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP | 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

[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 cumplidos) | 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ⊗9

11. [redacted]

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 ○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

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

DE LA DEFUNCIÓN

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

[redacted]

16.1 Calle y número | 16.2 Colonia | 16.3 Localidad | 16.4 Municipio o delegación | 16.5 Entidad federativa

[redacted] (Mes / Año) | 17. 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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	b) [redacted]		
	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.			

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 del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador — 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? Sí ○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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s))

29. [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIR[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. [redacted] 33.1 Acta Núm. [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad Tepiala | 34.2 Municipio o delegación Tepiala | 34.3 Entidad federativa Nayarit | 34.4 Día [redacted] Mes 10 Año

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 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

336

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
01	[redacted] DE 2016
LIBRO 06	[redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA [redacted]
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS
NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: CALLE HERMENEGILDO GALEANA 50 COLONIA CENTRO (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)
ESTADO CIVIL: ---------
[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: --------- --------- ---------
NACIONALIDAD: ---------
NOMBRE DEL PADRE: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted]
HORA: 23:10
LUGAR: HOGAR
CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted]
ORDEN NO.: ---------
DONDE FALLECIO: [redacted]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) B) [redacted]
C) ---------
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] ALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted]
EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA
PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] A, GRO.
OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted]
EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA
PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] RRERO
OCUPACION: [redacted]
NOMBRE: [redacted]
EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA
PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] UERRERO
OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO [redacted] DECL[redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES C[redacted]
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUI[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

FIRMA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL [redacted] OFICIALIA RE[redacted]

212035000120160113 10

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

337

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0301

Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Nov. del 2016.

Se autoriza al C. Funerales el Angelito con domicilio Mazatlan #7 col. Vidal x Evo tel. no. 7331976987 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted] La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite cinco días hábiles.

Permiso validó únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
AL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO ATENTAMENTE
AYOTZINAPA

C. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

338

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 27 de Noviembre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	25/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

[redacted]
...AL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...N PARA EL CASO
...TZINAPA.

SEMANA DEL 20 AL 27 DE Noviembre

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:56 pm
Recibio [redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ED [redacted]

339

BURIAL TRANSIT PERMIT

Name of Deceased - First	Middle	Last
[redacted]		[redacted]

Age	Sex	Date Of Death (mm-dd-yyyy)	Method of Disposition
[redacted] Years	☒ Male ☐ Female	November 16, 2016	☐ Burial ☐ Cremation ☐ Donation ☐ Entombment ☒ Removal from state ☐ Other (Specify)

Place of Death	City - County	State
[redacted]	[redacted]	TX

Name of Cemetery or Crematorium	City	State
Panteon Municipal de Iguala Guerrero	Iguala Guerrero	MX

Print Name of Funeral Director or Person Acting as Such	Address	City	State	Zip Code
[redacted]	[redacted]	[redacted]	TX	[redacted]

Local Registrar	County	City/Precinct	File Number
Registrar - [redacted]	[redacted]	[redacted]	

A certificate of death having been registered or completed in so far as possible; permission is hereby given for final disposition, transport, or removal of the body from the state of Texas.

[redacted]
Signature of Registrar or Electronic Validation

November 21, 2016
Date

Recieved by: [redacted]

Date 11/21/2016

WARNING
This is a government document. Texas Penal Code, Section 37.10, specifies penalties for making false entries or providing false information in this document

Vital Statistics 25 Texas Administrative Code Sec. 181.2(b), "If a dead body or fetus is to be removed from this state, transported by common carrier within this state, or cremated, the funeral director, or person acting as such, shall obtain a burial-transit permit from the local registrar where the death certificate is or will be filed or from the state registrar electronically through a Bureau of Vital Statistics electronic death registration system.The registrar shall not issue a burial-transit permit until a certificate of death, completed in so far as possible, has been presented (See §181.6 of this title (relating to Disinterment))."

A file number may be assigned by the registrar as needed. A copy of this permit is to accompany the body in transit. There is no fee authorized for the issuance of a Burial Transit Permit.

If an incomplete death certificate is used to obtain the Burial Transit Permit, the registrar will validate that the body is no longer needed by the certifier of cause of death before issuing the permit, to ensure that a completed death certificate will be received. "Completed in so far as possible" means the information relating to the deceased, including the name, date of death, place of death and funeral director's information is completed. In a few instances, the cause of death may not be completed. It is the responsibility of the person presenting the the Certificate of Death, and obtaining the Burial Transit Permit, to assure that the fully completed Certificate of Death is filed as soon as possible.

In accordance with state statute, before a dead body can be cremated, a Cremation Authorization must be signed and issued by the medical examiner or justice of the peace of the county in which the death occurred showing that an autopsy was performed or that no autopsy was necessary. If an inquest is being conducted by the medical examiner or justice of the peace, authorization for cremation from the medical examiner or justice of the peace is required.

[HSC §193.008, 25 TAC §181.2, §181.3]

VS-116T Revised 9/2004

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICATION OF VITAL RECORD

CITY OF DALLAS

VOID VOID VOID

340

STATE OF TEXAS — CERTIFICATE OF DEATH — STATE FILE NUMBER

1. LEGAL NAME OF DECEASED (Include AKA's, if any) (First, Middle, Last) [redacted] | (Before Marriage) | 2. DATE OF DEATH - ACTUAL OR PRESUMED (mm-dd-yyyy) [redacted]

3. SEX [redacted] | 4. DATE OF BIRTH (mm-dd-yyyy) [redacted] | 5. AGE-Last Birthday (Years) [redacted] | IF UNDER 1 YR Mo Days | IF UNDER 1 DAY Hours Min | 6. PLACE OF DEATH (City & State or Foreign Country) [redacted]

7. SOCIAL SECURITY NUMBER | 8. MARITAL STATUS AT TIME OF DEATH: ☐ Married ☐ Widowed ☐ Divorced ☒ Never Married ☐ Unknown | 9. SURVIVING SPOUSE'S NAME (If wife, give name prior to first marriage)

10a. RESIDENCE STREET ADDRESS [redacted] | 10b. APT. NO. | 10c. CITY OR TOWN [redacted]

10d. COUNTY [redacted] | 10e. STATE [redacted] | 10f. ZIP CODE [redacted] | 10g. INSIDE CITY LIMITS? ☒ Yes ☐ No

11. FATHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE [redacted] | 12. MOTHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE [redacted]

13. PLACE OF DEATH (CHECK ONLY ONE)

IF DEATH OCCURRED IN A HOSPITAL: ☒ Inpatient ☐ ER/Outpatient ☐ DOA

IF DEATH OCCURRED SOMEWHERE OTHER THAN A HOSPITAL: ☐ Hospice Facility ☐ Nursing Home ☐ Decedent's Home ☐ Other (Specify)

14. COUNTY OF DEATH [redacted] | 15. CITY/TOWN, ZIP (IF OUTSIDE CITY LIMITS, GIVE PRECINCT NO.) [redacted] | 15. FACILITY NAME (If not institution, give street address) [redacted]

17. INFORMANT'S NAME & RELATIONSHIP TO DECEASED [redacted] | 18. MAILING ADDRESS OF INFORMANT (Street and Number, City, State, Zip Code) [redacted]

19. METHOD OF DISPOSITION: ☐ Burial ☐ Cremation ☐ Donation ☐ Entombment ☒ Removal from state ☐ Other (Specify)

20. SIGNATURE AND LICENSE NUMBER OF FUNERAL DIRECTOR OR PERSON ACTING AS SUCH [redacted]

21. ☒ Unknown — Section ___ Block ___ Lot ___ Space ___

22. PLACE OF DISPOSITION (Name of cemetery, crematory, other place) [redacted] | (City/Town, and State)

PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA GUERRERO | IGUALA GUERRERO, MX

24. NAME OF FUNERAL FACILITY: GLOBAL MA, LLC For: CONSULATE GENERAL OF MEXICO - DALLAS | 25. COMPLETE ADDRESS OF FUNERAL FACILITY (Street and Number, City, State, Zip Code) [redacted]

26. CERTIFIER (Check only one)

☐ Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner stated.

☒ Medical Examiner/Justice of the Peace - On the basis of examination, and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time,date and place, and due to the cause(s) and manner stated.

27. SIGNATURE OF CERTIFIER [redacted] | 28. DATE CERTIFIED (mm-dd-yyyy) [redacted] | 29. LICENSE NUMBER [redacted] | 30. TIME OF DEATH(Actual or presumed) 06:16 PM

31. PRINTED NAME, ADDRESS OF CERTIFIER (Street and Number, City, State, Zip Code) [redacted] | 32. TITLE OF CERTIFIER M.D.

WARNING — The penalty for knowingly making a false statement in this form can be 2-10 years in prison and a fine up to $10,000 (Health and Safety Code, Sec. 697)

CAUSE OF DEATH

TERMINAL EVENTS SUCH AS CARDIAC ARREST, RESPIRATORY ARREST, OR VENTRICULAR FIBRILLATION WITHOUT SHOWING THE ETIOLOGY. DO NOT ABBREVIATE. ENTER ONLY ONE CAUSE ON EACH. | Approximate interval Onset to death

a. IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) [redacted]

Due to (or as a consequence of):

b. Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated the events resulting in death) LAST

Due to (or as a consequence of):

c. GRAL DE LA REPUBLICA

Due to (or as a consequence of):

d. AL DE INVESTIGACION

PART 2. ENTER OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH BUT NOT RESULTING IN THE UNDERLYING CAUSE GIVEN IN PART I. TZINAPA

34. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? ☒ Yes ☐ No

35. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? ☒ Yes ☐ No

36. MANNER OF DEATH: ☐ Natural ☒ Accident ☐ Suicide ☐ Homicide ☐ Pending Investigation ☐ Could not be determined

37. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH? ☐ Yes ☒ No ☐ Probably ☐ Unknown

38. IF FEMALE: ☐ Not pregnant within past year ☐ Pregnant at time of death ☐ Not pregnant, but pregnant within 42 days of death ☐ Not pregnant, but pregnant 43 days to one year before death ☒ Unknown if pregnant within the past year

39. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: ☒ Driver/Operator ☐ Passenger ☐ Pedestrian ☐ Other (Specify)

40a. DATE OF INJURY(mm-dd-yyyy) [redacted] | 40b. TIME OF INJURY 12:36 AM | 40c. INJURY AT WORK? ☐ Yes ☒ No | 40d. PLACE OF INJURY (e.g, Decedent's home, construction site, restaurant, wooded area) [redacted]

40e. LOCATION (Street and Number, City,State,Zip Code) [redacted] | 40f. COUNTY OF INJURY [redacted]

41. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED [redacted]

42a. REGISTRAR FILE NO. [redacted] | 42b. DATE RECEIVED BY LOCAL REGISTRAR [redacted] | 42c. REGISTRAR [redacted]

EDR NUMBER 000002001559

VS-12 REV 1/2006

TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES • VITAL STATISTICS UNIT

This is a true and correct reproduction of the original record as recorded in this office. Issued under authority of Section 191.051, Health and Safety Code.

ISSUED [redacted]

[redacted] Interim Registrar

WARNING: THIS DOCUMENT HAS A DARK BLUE BORDER AND A COLORED BACKGROUND

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

Global Mortuary Affairs

Certificado de Embalsamiento

341

STADO DE [redacted]
ONDADO DE

quien Corresponda;

te documento es para certificar que el cuerpo del fallecido/a [redacted]
sido embalsamado conforme a las leyes del estado de Texas practicas de servicio funeral tradicional, en preparacion para su
vio a
ıala Guerrero, Mexico

mejor de mi conocimiento la muerte no fue debida a una enfermedad contagiosa como se atestigua en la copia del certificado
defuncion que acompaña este documento.

emas atestiguo que este ataud y unidad de envio contiene los restos de [redacted]
olo los restos del fallecido/a.

ma:
e ncia: [redacted]

TE MI, Notario Publico del condado [redacted] Estado de Texas en este dia se presento personalmente ante mi
[redacted] a quien conozco como la persona cuyo nombre aparece en el instrumento anterior y reconoce a mi que firmo
locumento a los efectos y la consideracion en el que aqui se expresan.

do bajo mi firma y sello de la oficina en este dia 21 de noviembre de 2016

Don Patterson Notary Public

AL

TADO DE [redacted]
NDADO DE

RAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
/OTZINAPA

Karla R. Guia, certifico que esta traducción del documento adjunto, Certificado de Embalsamamiento es legítima.

[redacted]

MADO Y JURAMENTADO ANTE MI, Don Robert Patterson, Notario Público en el Estado de Texas, Condado de Dallas, este dia
e noviembre de 2016

[redacted]
Notario Publico

[redacted]
Notary Public, State of Texas
Comm. Expires 04-06-2020
Notary ID 128947504

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CONSULADO GRAL.
DALLAS
342

CONSULADO GRAL. DE MEXICO
DALLAS, TEXAS

NO. DE ORDEN: [redacted]
DERECHOS EN MONEDA LOCAL: [redacted]
DERECHOS EN DÓLARES: [redacted]

SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

EL C. SUSCRITO C. FER... ICO HERRERA RODRIGUEZ, CONSUL DE MEXICO EN DALLAS, TEXAS, EUA, HACE CONSTAR QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE [redacted] FIRMADO POR DAN MCAULEY, ... CO DALLAS, FUE PRESENTADO PARA SU VISA EL DIA DE HOY.

DALLAS, TEXAS, EUA

FECHA
22 | NOVIEMBRE | 2018

[redacted]

VISADO A DOCUMENTOS

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.1
LFTAIP
Motivación 2

343

1.NOMBRE DE DIFUNTO (Incluir el Alias-Tambien conocido como) [redacted] | APELLIDO DE SOLTERA | 2.FECHA DE FALLECIMIENTO [redacted]

3.SEXO [redacted] | 4.FECHA DE NACIMIENTO [redacted] | 5.EDAD (EN AÑOS) [redacted] | MENOS DE UN AÑO: MESES / DIAS | MENOS DE UN DIA: HORAS / MINUTOS | 6.LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad y Estado) [redacted]

7.NUMERO DE SEGURO SOCIAL ?

8.ESTADO CIVIL: [ ] Casada (o) [ ] Viuda (o) [ ] Divorciada (o) [X] Soltera(o) [ ] Sin Saberlo

9.NOMBRE DE ESPOSA (O)

10a.DOMICILIO 1745 E. Union Bower Rd | 10b. APT | 10c. CIUDAD O PUEBLO Irving

10d. CONDADO Dallas | 10e. ESTADO [redacted] | 10f. ZONA POSTAL [redacted] | 10g. DENTRO LA CIUDAD [X] SI [ ] NO

11.NOMBRE DEL PADRE J Aquileo Medero Millan | 12.NOMBRE DE MADRE ANTES DE SU PRIMER MATRIMONIO [redacted]

13.LUGAR DE FALLECIMIENTO

HOSPITAL: [X] IP [redacted] [ ] ER/OP [ ] DOA

OTRO: [ ] Facilidad de Hospicio [ ] Asilo [ ] Casa De Fallecida (o) [ ] Otro (Especifi

14.CONDADO DE FALLECIMIENTO [redacted] | 15.CIUDAD/PUEBLO, ZONA POSTAL [redacted] | 16.NOMBRE DE FACILIDAD (Si no Institucion, numero de cal [redacted]

17.INFORMANTE – NOMBRE Y RELACION [redacted] - Hermana | 18.DOMICILIO DE INFORMANTE [redacted]

19.TIPOS DE DISPOSICION
[ ] ENTIERRO [ ] INCENARACION [ ] DONACION
[ ] SEPULTAR [X] TRANSITO FUERA DEL ESTADO
[ ] OTRO (Especifique)

20.FIRMA Y NUMERO DE LICENCIA DEL DIRECTOR DE FUNERALES O DE LA PERSONA QUE ACTUA COMO TAL. [redacted] Mediante Firma Electronica [redacted]

21. [X] No se sab
Seccion
Bloque
Lote
Espacio

22.LUGAR DE DISPOSICION FINAL (Cementerio, Crematoria, Otro) Panteon Municipal de Iguala Guerrero | 23.LOCALIDAD (Ciudad/Pueblo Y Estado) Iguala Guerrero, Mexico

24.NOMBRE DEL LUGAR DE SERVICIOS FUNERARIOS GLOBAL MA, LLC PARA: CONSULADO GENERAL DE MEXICO – DALLAS | 25.DOMICILIO COMPLETO DEL LUGAR DE SERVICIOS FUNERARIOS (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Zona Postal) 424 S. BRYAN BELTLINE RD., MESQUITE, TX 75149

26.CERTIFICADOR:
[ ] Certificador – Segun mi leal saber y entendimiento, la muerte ocurrio debido a causa o causas y manera indicada.
[X] Medico forense/Juzgado de paz – En mi opinion basada sobre la examinacion e investigacion, la muerte occurrio a la hora, fecha y lugar debido a causas y manera indicada.

27.FIRMA DEL CERTIFICADOR Stephen Hastings Mediante Firma Electronica | 28.FECHA (Mes/Dia/Año) [redacted] | 29.NUMERO DE LICENCIA [redacted] | 30.HORA DE FALLECIMIENTO 06:16 PM

31.NOMBRE DEL CERTIFICADOR EN LETRA Y DOMICILIO (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Zona Postal) [redacted] | 32.TITULO DE CERTIFICADOR M.D.

CAUSA DE MUERTE

33. PARTE 1. Anotar los eventos en orden-enfermedades, lesions, o complicaciones – lo cual causo la muerte directamente. No anote el evento mortal tal como infarto cardiac, arresto respiratorio, fibrinolitico ventricular sin mostrar etologia. No se permite abreviatura. Anotar solamente una causa medica por linea.

Intervalo de tiempo aproximado entre prim ataque y muerte.

CAUSA INMEDIATA-→ a. [redacted] — Desconocido

Debido a (por consecuencia de): OTRA CAUSA b.

Debido a (por consecuencia de): c.

Debido a (por consecuencia de): d.

PARTE 2. OTRAS CONDICIONES SIGNIFICANTES

34. Le hicieron autopsia? [X] SI [ ] NO

35. Que si los resultados de la autopsia se facilitaron para dar la causa completa de muerte? [X] SI [ ] NO

36.MANERA DE MUERTE
[ ] Natural
[X] Accidente
[ ] Suicidio
[ ] Homicidio
[ ] Investigacion Pendiente
[ ] No se Determino

37.POR TABACO
[ ] Si
[X] No
[ ] Probable
[ ] No se sabe

38.SI ES FEMENINA
[ ] Estuvo embarazada durante el año pasado
[ ] Embarazada al punto de muerte
[ ] No estaba embarazada, pero embarazada dentro de 42 dias de muerte
[ ] No estaba embarazada, pero embarazada 43 dias a un año antes de muerte
[ ] No se sabe embarazada durante el año pasado

39.SI LESION FUE POR ACCIDENTE DE TRANSPORTACION, ESPECIFIQUE.
[X] Manejador/Operador
[ ] Pasajero
[ ] Peaton
[ ] Otro (Especifique)

40a.FECHA DE HERIDA [redacted] | 40b.HORA 12:36 AM | 40c.EN EL TRABAJO? [ ] SI [X] NO | 40d.LUGAR DE HERIDA (En casa del fallecido, sitio de construccion, restaurant, area de muerte) [redacted]

40e.LOCALIDAD (Calle y Numero, Ciudad, Estado, Zona Postal) [redacted] | 40f.CONDADO DE HERIDA [redacted]

41.DESCRIBIR CON DETALLES COMO OCCURIO [redacted]

42a.NUMERO DE REGISTRO [redacted] | 42b.FECHA DE REGISTRO [redacted] | 42c.FIRMA DE REGISTRADOR LOCAL Registrador - [redacted] Presentada Electronicament

ESTADO DE TEXAS
CONDADO DE DALLAS

YO, [redacted] / FIRMADO Y JURAMENTADO ANTE MI, [redacted] Don Patterson Notario Publico en el Estado de Texas, certifico que esta traduccion del **ACTA DE DEFUNCION** es legitima. Condado de Dallas.

Este dia 21 de Nov. de 2016.

(Seal)

[redacted]
Don Patterson, Notary Public

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

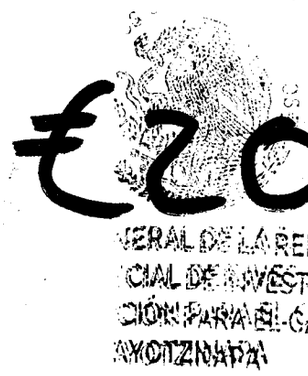
Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

NOTARY PUBLIC STATE OF TEXAS
[redacted] Notary Public, State of Texas
Comm. Expires 04-06-2020
Notary ID [redacted]

344

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION



2016

"DICIEMBRE"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 345

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 04 de Diciembre 2016

C.P[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	29/11/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales San Pablo
[redacted]	02/12/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	02/12/2016	[redacted]
[redacted]		Funerales Uriostegui

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
ATENCIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 28 AL 04 DE Diciembre

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 05-12-16 Hora 02:56 pm
Recibio Nafx

ATENTAMENTE

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

346

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0303

Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes Noviembre del 2016.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

29.11.16

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
ATENCIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

377

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 06 | ACTA No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) MICHOACAN DE OCAMPO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (CALLE Y NUMERO INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 23:55
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) [redacted]
C) ___
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

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.

GUERRERO NOS NECESITAMA TODOS

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 48

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

1. NOMBRE DEL FALLECID[redacted] — Apellido materno

2. CURP [redacted] — Se ignora ○99

3. SEXO: Hombre ⊗ Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗ Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 46 . [ ] Kilogramos Gramos

7. TALL[redacted] Metros Centímetros

8. F[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: [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ⊗5 Se ignora ○9

[redacted] permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: Iguala de la Independencia — 11.2 Colonia: Centro — 11.3 Localidad: Iguala — 11.4 Municipio o delegación: Iguala — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1; Preescolar ○12; Primaria incompleta ○2; Primaria completa ○3; Secundaria incompleta ○4; Secundaria completa ○5; Bachillerato o preparatoria incompleta ○11; Bachillerato o preparatoria completa ○6; Profesional ⊗7; Posgrado ○10; Se ignora ○99

[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]

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ⊗11; Se ignora ○99

[redacted]

16.1 Calle y número: Iguala de la Independencia — 16.2 Colonia: Centro — 16.3 Localidad: Iguala — 16.4 Municipio o delegación: Iguala — 16.5 Entidad federativa: Guerrero

[redacted] Horas: 23 — Minutos: 55

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 renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, estenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted] Sec.	4 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	7 meses	
	c) [redacted]	9 meses.	
	d) CIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA		
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 ○1 No ○2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador — 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? Sí ○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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] Apellido

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Apellido paterno — Apellido materno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. ____, Libro Núm. ____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Art. [redacted] Fracc. V, VI — LTAIP Motivación 1

Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

349

"2016, Año de Elena Garro"

Iguala Gro, a 2 diciembre de 2016.

Se autoriza al C [redacted] Fosa en Temporalidad para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la primera ampliación del Panteón Municipal

ATENTAMENTE

[redacted]

II AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
SECRETARIA DE
SERVICIOS PUBLICOS
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

SRIO. DE SERVICIOS PUBLICOS MPALES.

NERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 350

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s) / Primer apellido / Segundo apellido)

2. CURP: 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? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 cumplidos: [redacted]) 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. [redacted] (11.1 Calle y número) / [redacted] (11.2 Colonia) / Iguala Guerrero (11.3 Localidad) / Iguala Guerrero (11.4 Municipio o delegación) / Guerrero (11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero))

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ⊗2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. [redacted] (16.1 Calle y número) / Solidaridad (16.2 Colonia) / Iguala Guerrero (16.3 Localidad) / Iguala Guerrero (16.4 Municipio o delegación) / Guerrero (16.5 Entidad federativa)

17. [redacted] (Día / Mes / Año) 15 (Horas) 45 (Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE (uso exclusivo del personal codificador)
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	5min	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	5 años	
	c) [redacted]	6 años	
	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 ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estaba 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 (uso exclusivo del personal codificador)

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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela o institución 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 núm. [redacted] AYOTZINAPA

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: [redacted] (Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno)

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 ⊗8

27. SI EL [redacted] CO — Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) / Primer apellido / Segundo apellido)

30. DOMICILIO: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año)

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

[redacted]

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

351

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 11 de Diciembre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	08/12/2016	[redacted]
		Funerales Anselita
[redacted]	08/12/2016	[redacted]
[redacted]	10/12/2016	[redacted]
		Funerales Valladares

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
COMISIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 05 AL 11 DE Diciembre

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 13/12/16 Hora 14:30hrs
Recibio Arcelia Iacer A

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 352

ENTREGO 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: [redacted] ○99

3. SEXO: Hombre ⊗1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 41.500 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○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 (la) fallecido(a)

11.1 Calle y número: [redacted]
11.2 Colonia: [redacted]
11.3 Localidad: Iguala de la Independencia
11.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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. O[redacted]AL: [redacted] Se ignora ○99

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: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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: HGZ MF4 (CLUES): [redacted]

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número: [redacted]
16.2 Colonia: Centro
16.3 Localidad: Iguala de la Independencia
16.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia
16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 07:08 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○1 No ○2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]	2 días	
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]	3 meses	
	c) Debido a (o como consecuencia de) [redacted]	27 días	
	d) Debido a (o como consecuencia de) NERAL DE LA REPÚBLICA		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted] PARA EL CASO AYOTZINAPA	3 meses	

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: ___

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 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

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CE[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO

[redacted] Iguala, Gro.

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

DEL REGIS.

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. 01 Libro Núm. [redacted]

33.1 Acta N[redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGIST[redacted]

34.1 Localidad: [redacted]

34.2 Municipio o deleg[redacted]

34.3 Entidad federativa: GUERRERO

Año

ENTREGAR EL ORIGINAL DE ESTE CERTIFICADO AL REGISTRO CIVIL DENTRO DE LOS SIGUIENTES [redacted] SEMANA(S) Y ENTREGAR ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. 1 LFTAIP [redacted] Motivación 2

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
[redacted]	[redacted]	[redacted]	= = = = =	= = = = =	[redacted]

LOCALIDAD	MUNICIPIO O DELEGACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA
[redacted]	[redacted]	GUERRERO

DATOS DEL FINADO

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

SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMENINO ( ) ESTADO CIVIL: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

EDAD: [redacted] AÑOS FECHA DE NACIMIENTO: [redacted]

LUGAR DE NACIMIENT [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [redacted] (NOMBRE (S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: MEXICANA CURP: = = = = = =

NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] (NOMBRE (S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: MEXICANA CURP: = = = = = =

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [redacted] 07:08 HRS. LUGAR: [redacted] GRO.

NO. DE CERTIFICADO: [redacted] DESTINO DEL CADAVER: INHUMACIÓN (X) CREMACIÓN ( )

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO: PANTEON MUNICIPAL.

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: [redacted] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: A) [redacted] B [redacted] - C) [redacted]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: [redacted]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [redacted] PARENTESCO: [redacted]

NACIONALIDAD: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

= = = = = =

354

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DELEGACION: [redacted]

FECHA: 07/12/16

HOSPITAL O UNIDAD: [redacted]

NOTA MEDICA PARA DESTINO FINAL

Anexo 1

El que **suscribe** Dr [redacted] con **cedula profesional** [redacted] certifica que a la paciente [redacted] con **Numero de seguridad social** [redacted] de [redacted] años de edad, quien se encuentra en el servicio de [redacted] ,cama [redacted] del **Hospital** [redacted] del **Instituto Mexicano del Seguro Social**, se le realizó [redacted] por diagnostico medico de [redacted] el [redacted] De [redacted] a las 20:40 horas.

Se extiende el [redacted] tición del paciente y/o su familiar o persona legalmente responsable, que desea dar [redacted] a la extremidad anatómica amput[redacted] instituto de toda responsabilida[redacted] el costo de este tramite.

DR. [redacted]
Nombre, Firma y Cedula Profesional
Jefe De Servicio

DR. [redacted]
Nombre, Firma y Cedula Profesional
Medico Tratante o responsable

Testigo 1

Nombre y Firma

testigo 2

Nombre y Firma

ERAL DE LA REPÚBLICA

Recibí [redacted]

Clave: 2660-003-010

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0172

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes 12 del 2016.

Se autoriza al C. Funeraria Valladares con domicilio Calle Rufeo Figueroa N 58 col 24 de Febrero tel. no. 33-2 68 86 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

NERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

356

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 18 de Diciembre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	14/12/2016	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	16/12/2016	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	16/12/2016	[redacted]

ERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

SEMANA DEL 12 AL 18 DE Diciembre

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 19-12-16 Hora 2:00
Recibio

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

357

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

357

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
[redacted]	[redacted]	[redacted]	- -	- - -	[redacted]

LOCALIDAD	MUNICIPIO O DELEGACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA
I G U A L A	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	G U E R R E R O

DATOS DEL FINADO

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

SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMENINO (E) ESTADO CIVIL: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

EDAD: [redacted] AÑOS FECHA DE NACIMIEN[redacted]

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [redacted] (NOMBRE (S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: MEXICANA CURP: = =

NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] (NOMBRE (S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: [redacted] CURP: - -

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [redacted] 03:05 LUGA[redacted] #9 IGUALA,GRO.

NO. DE CERTIFICADO: [redacted] DESTINO DEL CADAVER: INHUMACIÓN (X) CREMACIÓN ( )

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO: [redacted] L PANTEON MUNICIPAL

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: [redacted] GUALA, GRO.

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: [redacted]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: DRA. [redacted]

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL: [redacted]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [redacted] PARENTESCO: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted] AÑOS

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

= = = = = = =

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN IGUALA, GUERRERO A LOS 16 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2006, DOY FE.

LIC [redacted]

OFICIALIA 01
DEL REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO
MUNICIPAL
IGUALA, GRO.
2005 - 2008

SELLO

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

358

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0290

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes DICIEMBRE del 2015.

Se autoriza al C. HELEN Q. RUEDA MAZÓN con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #48 tel. no. 3326895 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2018 FOLIO 294

[redacted]

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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

5. ¿FALLECIÓ EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD? Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

6. PESO: 0018 . 2410 Kilogramos Gramos

7. TALLA: 01 . [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 01 01 Años cumplidos; Se ignora

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○

[redacted] anente donde vivía el fallecido(a)

Calle y número: [redacted]

11.2 Colonia: Centro

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Iguala

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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 ○3 Posgrado ○10

13. OCUPACIÓN HABITUAL: ___ Se ignora ○

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]

DE LA DEFUNCIÓN

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: ___

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

Vía pública ○10 Otro lugar ○ Hogar ○11 Se ignora ○

[redacted]

16.2 Colonia: San José

16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Horas 11:37 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo de personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	3 horas	
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]	1 día	
	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	[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 12 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

Uso exclusivo del personal codificador

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? [illegible] ERAL DE LA REPÚBLICA CIAL DE INVESTIGACIÓN IÓN PARA EL CASO YOTZINAPA

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva ○1 Escuela u oficina ○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: [redacted]

Describa cómo ocurrió 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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

25. PARENTESCO [redacted] LLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional ___

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno)

29. TELÉFONO: ___

30. D[redacted]

31. FIR[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: ___ Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: ___

Col. San José

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 360

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de Diciembre 2016

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	19/12/2016	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	24/12/2016	[redacted]
		Funerales Gutierrez
[redacted]	25/12/2016	[redacted]
[redacted]		

SEMANA DEL 19 AL 25 DE Diciembre

ENERAL DE LA REPÚBLICA
EGAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 04/01/16 Hora 15:00 hrs
Recibio [redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]
C. [redacted]
ADMINISTRADOR

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

361

Nº 0322

Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Diciembre del 2016.

Se autoriza al C. Helen O. Ruepa Mazon con domicilio Av. Bandera Nacional #45 tel. no. 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted] La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. PANTEONES 2015 - 2018 TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia, Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

362

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0317

Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes DICIEMBRE del 2016.

Se autoriza al C. FUNERALES GUTIERREZ con domicilio PERIFERICO OTE tel. no. 2-10-34 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

ENERAL DE LA REPÚBLICA
PECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PA [redacted]
AYOTZIN

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

363

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0325

Iguala de la independencia, Gro., a 25 del mes Diciembre del 2016.

Se autoriza al C. Hellon R. Rueda Mazón con domicilio Av. Bandera Nacional #48, Centro tel. no. 2-65-95 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

GENERAL DE LA REPÚBLICA
SPECIAL DE INVESTIGACIÓN
GACIÓN P[redacted]
AYOTZ[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
TITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
NTEONES
015 - 2018
NSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

369

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

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

2. CURP [ ] Se ignora ○99

3. SEXO Hombre ⊗1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO 004 (Kilogramos) . 500 (Gramos)

7. TALLA 0 (Metros) [redacted] (Centímetros)

8. [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 [redacted] (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 En unión libre ○4 Separado(a) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ⊗1 Casado(a) ○5 Se ignora ○

11. RESIDENCIA HABITUAL [redacted] permanente dom[redacted]

11.1 Calle y número: [redacted] 11.2 Colonia: [redacted] 11.3 Localidad: [redacted]

11.4 Municipio o delegación: Iguala 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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 ○

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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○ Hogar ⊗11 Se ignora ○

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted]

16.1 Calle y número: [redacted] 16.2 Colonia: [redacted] 16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Iguala 16.5 Entidad federativa: Guerrero

[redacted] (Día) (Mes) (Año) Horas: 08 Minutos: 30

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]	2 hrs	
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)		
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 ○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

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 Ocupación habitual del lesionado: [redacted]

23.2.1 Durante 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 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: [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 [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] Col. Centro

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día) (Mes) (Año)

[redacted]

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 LFTAIP Motivación 2

365

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

2017

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

"ENERO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

366

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 08 de Enero 2017

C.[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	02/01/2017	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	06/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

SEMANA DEL 02 AL 08 DE Enero

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

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha [illegible] Hora [illegible]
Recibio [illegible]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. [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 [redacted] (Años cumplidos) 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) ○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)

[redacted] 11.1 Calle y número | [redacted] 11.2 Colonia | IGUALA 11.3 Localidad

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 11.4 Municipio o delegación | GUERRERO 11.5 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

12. 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

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ⊗9 [redacted] 15.1 Nombre de la unidad médica; IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8; Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] 16.1 Calle y número | CENTRO 16.2 Colonia | IGUALA 16.3 Localidad

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 16.4 Municipio o delegación | GUARRERO 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año | 1 2 : 1 0 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]		
	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			

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 45 días a 1 año después de la terminación del embarazo ○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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, HOMICIDA, SUICIDA? 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 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: [redacted] FISCAL DE LA REPÚBLICA [redacted] FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN [redacted] CIÓN PARA EL CASO [redacted] AYOTZINAPA

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Sólo 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: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

25. [redacted] N EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: Dr: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] col;CENTRO IGUALA GRO.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

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

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA [redacted] FECHA DE [redacted]
LIBRO [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS [redacted] MESES [redacted] DIAS [redacted] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [redacted] (MUNICIPIO) [redacted] (ENTIDAD FEDERATIVA) ESTADO CIVIL: [redacted] [redacted] (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE
NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted]
LUGAR: [redacted] HORA: 19:45
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] PRIMERA AMPLIACION ORDEN NO.: [redacted]
DONDE FALLECIO: [redacted] COLONIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) 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]
NACIONALIDAD: EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] PARENTESCO: [redacted]
OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO
NOMBRE: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO
OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [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.

REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

369

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 15 de Enero 2017

C.P[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	09/01/2017	[redacted]
		Funerales Celestial
[redacted]	10/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Celestial
[redacted]	11/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Celestial
[redacted]	12/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez
[redacted]	12/01/2017	[redacted]
		[redacted]

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

SEMANA DEL 09 AL 15 DE Enero

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha [illegible] Hora [illegible]
Recibio [illegible]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

370

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0180

Iguala de la independencia, Gro., a 09 del mes ENERO del 2017.

Se autoriza al C. FUNERALES CELESTIAL con domicilio AV. BANDERA NACIONAL # 82. tel. no. 1102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
...L DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...PARA EL CASO
...OTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 71

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [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

[illegible] SÍ ○1 No ○2 Se ignora ○9

6. PESO: ___ Kilogramos . ___ Gramos

7. TALLA: ___ Metros . ___ Centímetros

8. FE[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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

[redacted] vivía el fallecido(a)

11.1 [redacted] Tamarindos

11.2 Colonia: Iguala

11.3 Localidad: Iguala de la Independencia

11.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Iguala Guerrero

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

1[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]

DE LA DEFUNCIÓN

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

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

[redacted] Establecimientos de Salud (CLUES)

[redacted] 16.2 Colonia: Iguala

16.3 Localidad: Iguala de la Independencia

16.4 Municipio o delegación: Iguala de la Independencia

16.5 Entidad federativa: Guerrero

[redacted] Horas: 00 Minutos: 05

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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]	20 minutos	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] (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			

[illegible]ERAL DE LA REPÚBLICA
[illegible]CIAL DE INVESTIGACIÓN
[illegible]CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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

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? 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)?

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 [redacted]

25. P[redacted]EL(LA) FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL C[redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

DEL REG. CIVIL

OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. ___, Libro Núm. ___

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

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

[redacted]

Art. [redacted] Fracción VI LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

372

OFICIALIA [redacted] FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO [redacted] [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: ------ (LOCALIDAD) ------ (MUNICIPIO) ------ (ENTIDAD FEDERATIVA) ------ (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ------ NACIONALIDAD: ------
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 04:00
LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ------
DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) B) [redacted]
C) ------
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] UANAS, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] AB. LAS TRES IGUANAS, IGUALA, GRO. OCUPACION: ESTUDIANTE

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] TESTIGO [redacted] [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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. 1 LFTAIP Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO [redacted] 273

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.

ESTE CERTIFICADO NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE [redacted] DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted]

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: Metros . Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: Día [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 ○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) ○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)

[redacted] 11.1 Calle [redacted] ero [redacted]

11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación

11.5 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: 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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted] Iguala

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, 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]		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	3 años	
	c) Debido o a (una consecuencia de)	20 años	
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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

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? 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)?

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 [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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] ero de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted] rno [redacted]

31. FIRMA [redacted]

[redacted] CERTIFICACIÓN

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

A [redacted] 113
Fracc.1 LFTAIP
Motivación 1

Fracc.1 LFTAIP
Motivación 2

374

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0181

Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes ENERO del 2017.

Se autoriza al C. FUNERALES CELESTIAL con domicilio AV. BANDERA NACIONAL # 82. tel. no. 7102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted] DE LA REPÚBLICA
E INVESTIGACIÓN
ARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

375

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0309

Iguala de la independencia, Gro., a 12 del mes ENERO del 2017.

Se autoriza al C. FUNERALES GUTIERREZ con domicilio CARR. MEXICO-ACAPULCO S/N tel. no. 33-2-10-34 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
AL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

C. ENRIQUE GONZALEZ [illegible]
DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

376

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 22 de Enero 2017

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	21/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales
[redacted]		Cristo Rey

SEMANA DEL 16 AL 22 DE Enero

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

UNIDOS POR LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 30/01/17 Hora 11:30 hrs
Recibio Arely Tovar A

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

377

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0366

Iguala de la independencia, Gro., a 21 del mes Enero del 2017.

Se autoriza al C. Funerales "Cristo Rey" con domicilio ALDAMA #26 centro tel. no. 2-35-40 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

378

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 29 de Enero 2017

C.P.ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	23/01/2017	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	23/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	24/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	29/01/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	29/01/2017	[redacted] Funerales Rueda

SEMANA DEL 23 AL 29 DE Enero

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 30/01/17 Hora 11:30 hrs.
Recibio Karla Tavera

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

379

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
[redacted]	[redacted]	[redacted]			[redacted]

LOCALIDAD	MUNICIPIO O DELEGACIÓN	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO

DATOS DEL FINADO

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

SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMENINO *ESTADO CIVIL:* CASADO *NACIONALIDAD:* MEXICANA

EDAD: [redacted] *FECHA DE NACIMIENTO:* [redacted]

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CÓNYUGE: ---------- *NACIONALIDAD:* ----------

NOMBRE DEL PADRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: MEXICANA *CURP:* ----------

NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)

NACIONALIDAD: MEXICANA *CURP:* ----------

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: [redacted] 00:00 *LUGAR:* [redacted]

No. DE CERTIFICADO: [redacted] *DESTINO DEL CADÁVER:* ( ) INHUMACIÓN (X) CREMACIÓN

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO: EL ANGEL

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: [redacted]

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: [redacted]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: [illegible] MARTINEZ VILLA

No. DE CÉDULA PROFESIONAL: [redacted]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [redacted] *PARENTESCO:* [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA *EDAD:* [redacted]

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 *DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN* IGUALA, GUERRERO; *A LOS* 01 *DÍAS DEL MES DE* [illegible] *DEL* 2016 *, DOY FE.*

[redacted]

COTEJO: JNS *NOMBRE Y FIRMA*

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 280

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): [redacted] (Nombre(s)) | [redacted] (Apellido paterno) | [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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: 8 7 (Años cumplidos) | 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) ○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)

[redacted] (11.1 Calle y número) | Centro (11.2 Colonia) | Iguala (11.3 Localidad)

Iguala (11.4 Municipio o delegación) | Guerrero (11.5 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

[redacted] L | Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: Sí ○1 No ○2 X Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 X SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8

IMSS ○2 X PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS Oportunidades ○10 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 | Vía pública ○10 Otro lugar ○12

IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 | Hogar ○11 Se ignora ○99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] (16.1 Calle y número) | Centro (16.2 Colonia) | Iguala (16.3 Localidad)

Iguala (16.4 Municipio o delegación) | Guerrero (16.5 Entidad federativa)

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) | 0 8 : 0 0 (Horas Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○1 No X ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No X

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]	30 minutos	
	Debido a (o como consecuencia de) b)		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c) [redacted]	2 años	
	Debido a (o como consecuencia de) d) [redacted]	4 años	
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 De 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue: 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 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(la) fallecido(a)?

23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

Ministerio Público con el acta número:

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD ESPECIAL PARA EL CASO
IGUALA-COCHINOLA

23.7 Sitio de ocurrencia: Especifique 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: [redacted] (Nombre(s)) | [redacted] (Apellido paterno) | [redacted] (Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico X ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil ○5 Otro ○6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 3352251 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) | [redacted] (Apellido paterno) | [redacted] (Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

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

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

381

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 01 | ACTA No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ----- NACIONALIDAD: -----

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 08:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] MPLIACION ORDEN NO.: -----

DONDE FALLECIO: [redacted] OLONIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]
B) [redacted]
C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] O OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OL. CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

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 [redacted] FIRMA [redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA: ESTADOS UNIDOS MEXICANOS H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

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

386

OFICIALIA [redacted] | FECHA DE REGISTRO [redacted]

ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 00:30

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ------

DONDE FALLECIO: [redacted] OLONIA [redacted] UALA, GUERRERO

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

B) B [redacted]

C) ------

TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] UERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] DEP ED IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] LA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. INTEGRAL 3. CARPETA DE INVESTIGACION: 120603604001392301117.

OFICIO NUM.: 910. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 23 DE ENERO DE 2017.

FIRMAS

[redacted] TESTIGO

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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

[redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Art.110 Fracc. V, VI LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 383

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LA 1ª COPIA (ROSA) AL FAMILIAR RESPONSABLE DE LA DEFUNCIÓN PARA QUE LOS PRESENTE EN EL REGISTRO CIVIL Y OBTENGA EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LA 2ª COPIA (AMARILLA) ES PARA EL MÉDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN. LA 3ª COPIA (BLANCA) ES PARA LA UNIDAD MÉDICA QUE EXPIDE 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): [redacted] — Apellido paterno: [redacted]

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 cumplidos) [redacted] 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) ○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)

[redacted] 11.1 Calle y número — [redacted] 11.2 Colonia — IGUALA. 11.3 Localidad

IGUALA 11.4 Municipio o delegación — GUERRERO. 11.5 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

[redacted] AL Se ignora ○99

13. 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

DE LA DEFUNCIÓN

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:

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ⊗10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

[redacted] 16.1 Calle y número — [redacted] 16.2 Colonia — IGUALA. 16.3 Localidad

IGUALA 16.4 Municipio o delegación — GUERRERO. 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año — 00:30 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 (Anote sólo una causa por renglón)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador. Código CIE
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)		
	c) Debido a (o como consecuencia de)		
	d) ERAL DE LA REPUBLICA		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	CIAL DE INVESTIGACION CIC PARA EL CASO AVETIGUADA		

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

Uso exclusivo del personal codificador. 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? 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)?

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

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: [redacted] Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno

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 ○8

27. SI EL [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: DR. [redacted] Nombre(s) / Apellido paterno / Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted] IGUALA.

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

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

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. 1 LFTAIP Motivación 2

384

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 3

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [redacted]

OFICIO NÚM.: 910

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,GUERRERO, (23) VEINTITRES DIA(S) DEL MES DE ENERO DEL DOS MIL DIECISIETE

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 MASCULINO. QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [redacted] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [redacted]

EDAD: [redacted] AÑOS.

OCUPACIÓN: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] COLONIA [redacted] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

PADRES: [redacted] VIVEN).

NACIONALIDAD: [redacted]

ESTADO CIVIL: [redacted]

ORIGINARIO: [redacted] DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

INSTRUCCIÓN: [redacted]

LUGAR DEL DECESO: [redacted], IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

FECHA DEL DECESO: [redacted]

CAUSA DE MUERTE: [redacted]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [redacted]

LUGAR DE INHUMACIÓN: PANTEÓN MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE
EL MINISTERIO PÚBLICO DE LA UNIDAD INTEGRAL 3

DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO.

[redacted]

38V212V2017L3721411N2017

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

385

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0345

Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes Enero del 2017

Se autoriza al C. Hellen Q. Rueda Mazon con domicilio Av. Bandera Nacional #48, Centro tel. no. 2-65 [redacted] información de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted] La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
NERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
GACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANT
2015
IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2018 FOLIO [redacted] 286

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. 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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno) [redacted] 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: 038.000 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 [redacted] Años cumplidos; 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) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

11. DOMICILIO PERMANENTE DONDE VIVÍA EL FALLECIDO(A)

[redacted]

11.2 Colonia: Centro

11.3 Localidad: Iguala

11.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

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]

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10; Otro lugar 12; Hogar 11; Se ignora 99

16. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

[redacted]

16.2 Colonia: Centro

16.3 Localidad: Iguala

16.1 Calle y número: Iguala de la Independencia

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa: Guerrero

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año; 11:40 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]	8 meses	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen 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 morboso que la produjo			

22. SI LA DEFUNCIÓN CORresponde A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la defunción 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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE

23.1 Fue: 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; 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 reportada al Ministerio Público con el acta número: [redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

23.7 Solo en caso de [redacted] 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: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] Km. 190 Col. Centro Iguala

31. [redacted] FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] Día Mes Año

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
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

387

OFICIALIA [redacted] FECHA DE REGISTRO [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

LOCALIDAD: IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) ___ (MUNICIPIO) [redacted] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 11:40

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] PRIMERA AMPLIACION ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) ___

C) ___

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] COL. CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] . IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] L. CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

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.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

GUERRERO NO ES NECESITA TODOS

COPIA DE DEFUNCION

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

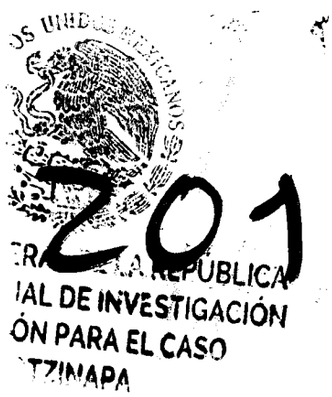
Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

388

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

"FEBRERO"



$2017

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

389

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 05 de Febrero 2017

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	30/01/2017	[redacted]
[redacted]	02/02/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez
[redacted]		

SEMANA DEL 30 AL 05 DE Febrero

ATENTAMENTE

[redacted]

[redacted]
ADMINISTRADOR

ENERAL DE LO
PECIAL DE INVESTIGACIÓN
GACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/03/17 Hora 11:30 hrs
Recibió Adela Tavira

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

390

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO Y COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DE ESTE LUGAR, CERTIFICO SER CIERTO QUE EN EL LIBRO [redacted] DEL AÑO [redacted] DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO, A LA FOJA [redacted] SE ENCUENTRA ASENTADA UNA ACTA DEL TENOR SIGUIENTE:

GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE
Y SOBERANO DE GUERRERO
PODER EJECUTIVO

ACTA DE DEFUNCION

EN LA CIUDAD DE IGUALA ESTADO DE GUERRERO, A LAS = = = = = = = =
DEL DIA 20 DE DICIEMBRE DE MIL
NOVECIENTOS 94 ANTE MI C. [redacted]
[redacted] OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, COMPARECE [redacted]
[redacted] Y EXHIBE UN CERTIFICADO MEDICO CON FOLIO - - -
EN EL QUE SE HACE CONSTAR EL FALLECIMIENTO DE [redacted]
CON LOS SIGUIENTES DATOS.

GENERALES DEL FINADO

LUGAR DE NACIMIENTO = = = = = = = = = = = = = = = EDAD: [redacted] AÑOS
LUGAR DE FALLECIMIENTO [redacted] IGUALA, GUERRERO
NACIONALIDAD: MEXICANA OCUPACION: = = = = = = =
DOMICILIO: [redacted]
ESTADO CIVIL: [redacted]
PADRES: [redacted] Y [redacted]
CAUSA (S) DEL FALLECIMIENTO [redacted]
DIA Y HORA DEL FALLECIMIENTO: [redacted]
LUGAR DE INHUMACION: PANTEON DE IGUALA 1er. [redacted] SECC.
MEDICO CERTIFICA: DR. [redacted] A PERPETUIDAD
DOMICILIO DEL MEDICO: [redacted] INSURGENTES. IGUALA, GRO.

GENERALES DEL DECLARANTE

NOMBRE [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] COL. [redacted] IGUALA, GUERRERO.

TESTIGOS

NOMBRE [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

NOMBRE [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] GUERRERO.

LEIDA LA PRESENTE ACTA LA RATIFICAN Y FIRMAN LOS QUE SABEN Y LOS QUE NO ESTAMPAN SU HUELLA DIGITAL. DOY FE.- ENZINADA NOTA.= SEGUN OFICIO DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO EXP. NUM. HID/03/1278/94 DE FECHA 19 DE DICIEMBRE DE 1994 UNA FIRMA ILEGIBLE DEL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL Y TRES FIRMAS MAS. MARGINALES: ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Copia fiel de su original que se expide en IGUALA, GUERRERO
a los 22 días del mes de JUNIO
de mil novecientos NOVENTA Y CINCO

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
EL AYUNTAMIENTO MPAL.
IGUALA, GRO.

EL OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL.

C. [redacted]

Coordinador del Sistema Estatal del Registro Civil.
LIC. [redacted]

SECRETARIA DE FINANZAS
[redacted]
DERECHOS DE EXPEDICION

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

341

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (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: 050 (Kilogramos) . 000 (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 [redacted] (Años cumplidos) / 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) ○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): [redacted]

11.1 Calle y número: Iguala — 11.2 Colonia: ___ — 11.3 Localidad: Iguala

11.4 Municipio o delegación: Guerrero — 11.5 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: [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]

DE LA DEFUNCIÓN

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: ___ — Vía pública ○10 Otro lugar ○12 / Hogar ●11 Se ignora ○99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala — 16.2 Colonia: ___ — 16.3 Localidad: Iguala

16.4 Municipio o delegación: Guerrero — 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año) 01:30 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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]		
	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) [redacted]	2 meses	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	c) [redacted]	1 mes	
	Debido a (o como consecuencia de):		
	d) [redacted]	1 año	
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 12 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: ___

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? Sí ○1 No ○2

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vía pública (calle, avenida, 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

DEL CERTIFICANTE

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 ○6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] Acapulco

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año)

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: Iguala — 34.2 Municipio o delegación: Iguala — 34.3 Entidad federativa: Guerrero — 34.4 Día / Mes / Año: [redacted]

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

[redacted]

Art.110 Fracc. V VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

392

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 01 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] COLONIA JUAN N. ALVAREZ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]

[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------ NACIONALIDAD: ------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 01:30

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ------

DONDE FALLECIO: [redacted] JUAN N. ALVAREZ. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted] AL

C) [redacted] NICA. NEUMONIA

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] , GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [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 ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [redacted]

[redacted] FIRMA

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL SELLO DE LA OFICIALIA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GUERRERO HOSPITAL GENERAL IGUALA

CERTIFICACION

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

393

Iguala Gro, a 02 febrero de 2017

Se autoriza a la [redacted] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en el lote de la primera ampliación del Panteón Municipal.

[redacted]

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
- 2018
...NCIA Y DESARROLLO

[redacted]

DIRECCION DE PANTEONES.

...RAL DE LA REPÚBLICA
...AL DE INVESTIGACIÓN
...ÓN PARA EL CASO
...OTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

394

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 12 de Febrero 2017

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	12/02/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	12/02/2017	[redacted]
[redacted]		Funeralez Rueda

SEMANA DEL 06 AL 12 DE Febrero

ATENTAMENTE

[redacted]

[redacted]

ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/03/17 Hora 11:30 hrs
Recibió Mda Laura A

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

395

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

Iguala Gro, a 12 febrero de 2017

Se autoriza al C. [redacted] **Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de:** [redacted] **en el lote en cuarta sección (pegado a la barda) en la primera ampliación del Panteón Municipal.**

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]

DIRECCIÓN DE PANTEONES.

NERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

396

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 12 del mes Febrero del 2017.

Se autoriza al C. Hellen Q. Rueda Mazón con domicilio Av. Bandera Nacional #48, Centro tel. no. 2-65-95 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estás oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ENERAL DE LA REPÚBLICA
PECIAL DE INVESTIGACIÓN
ON PARA EL CASO
AVOCAMIENTO

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITU
PAN
IGUALA 20
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

397

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○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)

[redacted] (11.1 Calle y número) COL. CENTRO (11.2 Colonia) IGUALA (11.3 Localidad)

IGUALA (11.4 Municipio o delegación) GUERRERO (11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero))

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1; Preescolar ○12; Primaria incompleta ○2; Primaria completa ●3; Secundaria incompleta ○4; Secundaria completa ○5; Bachillerato o preparatoria incompleta ○11; Bachillerato o preparatoria completa ○6; Profesional ○7; Posgrado ○10; Se ignora ○99

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; IMSS ●2; ISSSTE ○3; PEMEX ○4; SEDENA ○5; SEMAR ○6; Seguro Popular ○7; IMSS Oportunidades ○10; Otra ○8; Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ●11; Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] (16.1 Calle y número) COL. CENTRO (16.2 Colonia) IGUALA (16.3 Localidad)

IGUALA (16.4 Municipio o delegación) GUERRERO (16.5 Entidad federativa)

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 15 Horas : 30 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfenia, 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]		
	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) [redacted]	24 HORAS	
	Debido a (o como consecuencia de)	15 AÑOS	
	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	[illegible] ERAL DE LA REPÚBLICA CIAL DE INVESTIGACIÓN IÓN PARA EL CASO		

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 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

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? Sí ○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

DEL CERTIFICANTE

INF. [redacted]

24. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

25. PA[redacted]L(LA) 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: 3541323 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: DR. [redacted]

29. TELÉFONO

[redacted] ACAPULCO KM. 128+200 RANCHO DEL CURA

31. FIR[redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[redacted]

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO 01 [redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE [redacted]

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (MUNICIPIO) DISTRITO FEDERAL (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

[redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 15:30

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted]

C) ___

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] UALA, GUERRERO. RANCHO DEL CURA

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] ENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXOS [redacted] PRESENTO REQUISITOS

FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACION
COMISION PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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 [redacted] [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SELLO DE LA OFICIALIA
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO NO NOS RINDE A TODOS

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

INTERESADO

Art 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 19 de Febrero 2017

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	14/02/2017	[redacted]
[redacted]		Funeraria el angelito

SEMANA DEL 13 AL 19 DE Febrero

ATENTAMENTE

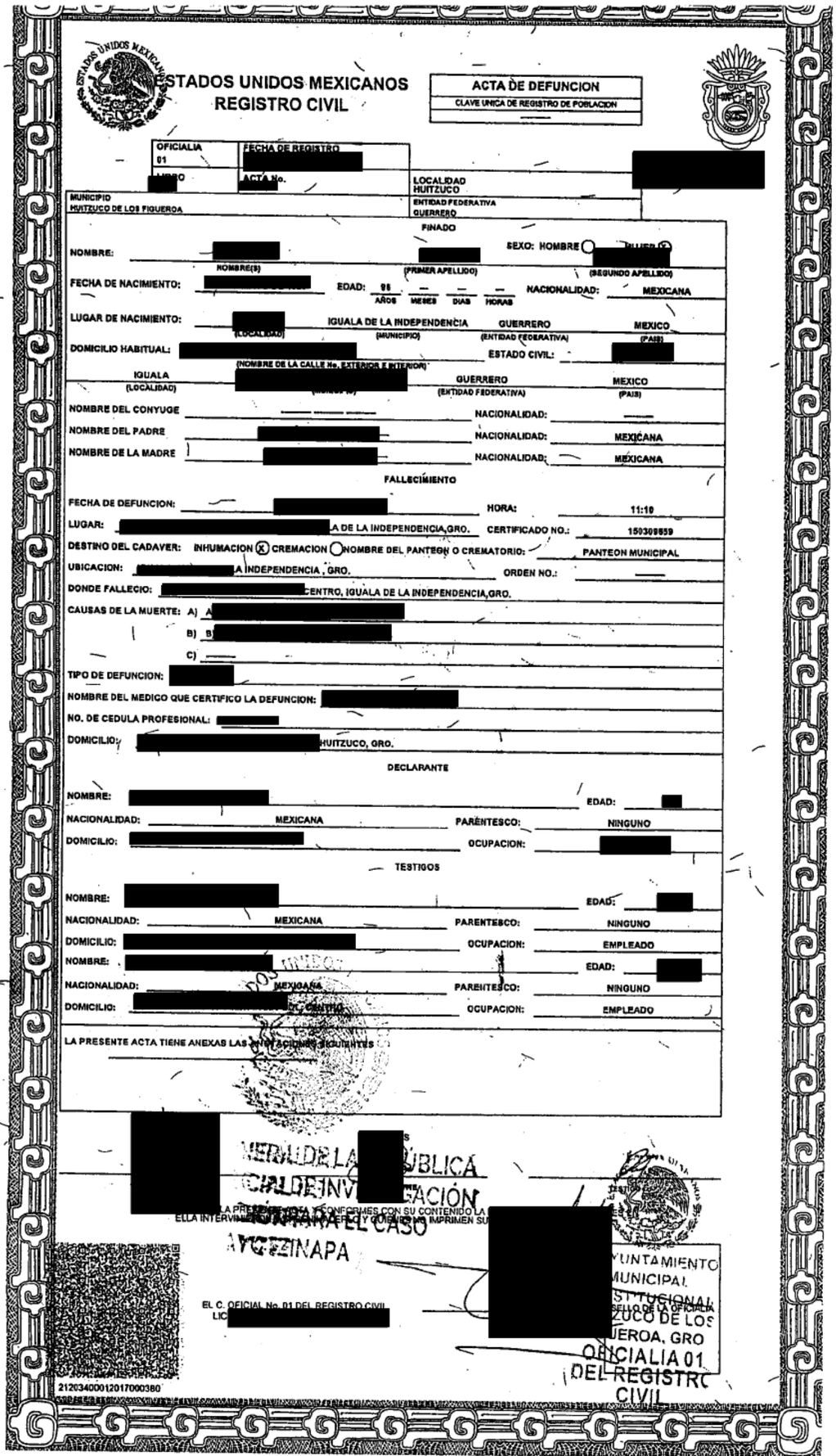
[redacted]
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/03/17 Hora 11:30 hrs
Recibió [illegible]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

400



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted] | LIBRO [redacted] | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD HUITZUCO | MUNICIPIO HUITZUCO DE LOS FIGUEROA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: 66 AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) [redacted] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: [redacted]

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 11:10

LUGAR: [redacted] A DE LA INDEPENDENCIA,GRO. CERTIFICADO NO.: 150309859

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: PANTEON MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] A INDEPENDENCIA , GRO. ORDEN NO.: [redacted]

DONDE FALLECIO: [redacted] CENTRO, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,GRO.

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] HUITZUCO, GRO.

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS [illegible] SIGUIENTES

[redacted] [redacted]

[redacted] [redacted]

LA PRESENTE ACTA LA CONFIRMES CON SU CONTENIDO LA [redacted] ELLA INTERVINIERON Y QUE ESTAMPAN SU [redacted] IMPRIMEN SU [redacted]

[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [redacted]

2120340001201700038O

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

401

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] | [redacted] | [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? SI ○1 No ●2 Se ignora ○9 | 6. PESO: 510 . 0000 Kilogramos Gramos | 7. TALLA [redacted] Metros Centímetros | 8. FECHA DE NACIMIENTO [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 [redacted] Años cumplidos | 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) ○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 Calle y número [redacted] | 11.2 Colonia CENTRO | 11.3 Localidad IGUALA

11.4 Municipio o delegación IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) GUERRERO

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. OC[redacted] Se ignora ○99

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 ___

DE LA DEFUNCIÓN

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 ___ | 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) ___

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[redacted] | 16.2 Colonia CENTRO | 16.3 Localidad IGUALA

16.4 Municipio o delegación IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | 16.5 Entidad federativa GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] Día Mes Año | 10 : 10 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ●2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ●2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted]	5 AÑOS	
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]	20 AÑOS	
	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	[redacted]	10 AÑOS	

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

Uso exclusivo del personal codificador
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 Sitio donde ocurrió el evento: Vivienda particular ○1 Vivienda colectiva (asilo, internado, etc.) ○2 Escuela, institución pública ○3 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

[redacted] ERAL DE LA REPÚBLICA
[redacted] IAL DE INVESTIGACIÓN
[redacted] IÓN PARA EL CASO

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 [redacted] YOT[redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de [redacted]

28. NOMBRE [redacted] Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO ___

30. DOMICILIO [redacted] HUITZUCO, GRO., MEXICO

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. [redacted]
33.1 Acta Nú[redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad Huitzuco de los Figueroa | 34.2 Municipio o delegación Huitzuco | 34.3 Entidad federativa Guerrero | 34.4 Día 10 Mes 10 Año 2021

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

402

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 26 de Febrero 2017

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	20/02/2017	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	20/02/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	22/02/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales cristoRey

SEMANA DEL 20 AL 26 DE Febrero

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR
ENERAL DE LA REPÚBLICA
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

IGUALA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/03/17 Hora 11:30 hrs
Recibió

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

403

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS Y SU TRATAMIENTO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) — [redacted] — Apellido paterno [redacted] — Apellido materno [redacted]

2. CURP [redacted] — 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: 092.000 (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: 0 [redacted] (Años cumplidos) — 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) 6 — Divorciado(a) 3 — Viudo(a) 2 — Soltero(a) 1 — Casado(a) 5 — Se ignora 9

[redacted] anente donde vivía COL. [redacted] IGUALA

11.1 Calle y número: IGUALA — 11.2 Colonia — 11.3 Localidad

11.4 Municipio o delegación — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

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

[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]

DE LA DEFUNCIÓN

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 — Vía pública 10 — Otro lugar 12 — Hogar 11 — Se ignora 99

15.1 Nombre de la unidad médica: CLINICA HOSPITAL IGUALA

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

[redacted] CENTRO IGUALA

16.2 Colonia — 16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación: IGUALA — 16.5 Entidad federativa: GUERRERO

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 13:16 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	10 DIAS	
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): b) [redacted]	10 DIAS	
	Debido a (o como consecuencia de): c) [redacted]	15 AÑOS	
	Debido a (o como consecuencia de): d) [redacted]	15 AÑOS	
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	7 DIAS	

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:

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? Sí 1 — No 2 — Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 — Vivienda colectiva (asilo, cuartel, etc.) 1 — Escuela o área 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 sucintamente 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: [redacted] (Nombre(s)) — Apellido paterno — Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1 — Médico legista 2 — Otro médico 6 — 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

28. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) — Apellido paterno — Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: [redacted]

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ____ Libro Núm. ____ 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

[redacted] Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

407

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
[redacted] | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] ANOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 13:16

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ---

DONDE FALLECIO: [redacted]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [redacted]
B) B) [redacted]
C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] L. CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted], GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: 33

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

ERAL DE LA REPUBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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.

[redacted]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LI [redacted]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

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.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 405

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: 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: Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] (Años cumplidos) 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) ○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)

[redacted] (11.1 Calle y número) [redacted] (11.2 Colonia) IGUALA (11.3 Localidad)

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (11.4 Municipio o delegación) GUERRERO (11.5 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 [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

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted] (16.1 Calle y número) IGUALA (16.2 Colonia) IGUALA (16.3 Localidad)

GUERRERO (16.4 Municipio o delegación) (16.5 Entidad federativa)

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día Mes Año) 12 Horas : 30 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	[redacted]	2 MIN	
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) b) [redacted]	10 MIN	
	c) [redacted]	12 MIN	
	Debido a (o como consecuencia de) d) [redacted]	10 AÑOS	
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 ○1 No ○2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador

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 trabajo ○1 Sí ○2 No ○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 ante el Ministerio Público con el acta número

Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

[redacted] NERAL DE LA REPÚBLICA CIAL DE INVESTIGACIÓN CIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

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)

(Municipio o delegación) (23.7.5 Entidad federativa)

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE [redacted] (Apellido paterno)

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. FIRMA [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día Mes Año)

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 ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. 1 LFTAIP Motivación 2

406

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted] | LIBRO [redacted] | ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 22:30

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] LA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A[redacted]

B) B[redacted]

C) C[redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: 33

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] NTRO. IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] O. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

[redacted] TESTIGO

[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 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

OFICIALIA

GUERRERO

Art. 110
Fracc. V, VI
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. 1
LFTAIP
Motivación 2

407

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [redacted]

[redacted] la independencia, Gro., a 22 del mes Febrero del 2017.

Se autoriza al C. Funerales exito Rey con domicilio Aldama #26
tel. no. 33-2-75-40 a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted] a persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECTOR DE PANTEONES.

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD PARA EL CASO
YOTZINAPA

(733) 33 396 00 Ext. 150

[redacted]

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

408

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

(2017)

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

"MARZO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

409

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 05 de Marzo 2017

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	04/03/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales D' Dios

SEMANA DEL 27 **AL** 05 **DE** Marzo

ATENTAMENTE

[redacted]

[redacted]
ADMINISTRADOR

ENERAL D
ECIAL DE INVESTIGACIÓN
ACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/03/17 Hora 11:30 hrs
Recibió Nadia Tacuba

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Fosa Comun

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 410

[redacted]

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

ESTE DOCUMENTO ES ORIGINAL, LA 1ª 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL F [redacted] Apellido materno

[redacted]

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 55 Kilogramos ,000 Gramos

7. TALLA [redacted] Centímetros

8. FECHA DE [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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA [redacted] Anote el domicilio pern [redacted]

11.1 Calle y número: Iguala

11.2 [redacted]

11.3 Localidad: Guerrero

11.4 Municipio o delegación

11.5 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 [redacted] Se ignora ○99

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 [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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10; Otro lugar ○12; Hogar ⊗11; Se ignora ○99

16. DOMICILIO [redacted] A DEFUNCIÓN [redacted]

16.1 Calle y número: Iguala

16.2 [redacted]

16.3 Localidad: Guerrero

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

[redacted] 01:15 Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○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 cardiaco, asfixia, 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]	2 días	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	20 años	
	c) [redacted]	28 días	
	d)		
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	[redacted]	8 días	

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRES [redacted]

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1; El parto ○2; 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4; No estuvo embarazada en los [redacted] ○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

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 Fue en el desempeño de un 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

DEL INF.

24. NOMBRE [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 ○6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [redacted] Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO [redacted]

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted]

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO ___ Libro Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

Art. 6 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

411

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 12 de Marzo 2017

C.P.ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted] [redacted]	08/03/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Cristo Rey

SEMANA DEL 06 AL 12 DE Marzo

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/03/17 Hora 11:30 hrs.
Recibió Paola Tavares

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

412

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0368

Iguala de la independencia, Gro., a 8 del mes Marzo del 2017

Se autoriza al C. Funerales Cristo Rey con domicilio Aldama #26
tel. no. 332-3540 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

413

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 19 de Marzo 2017

C.P.ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	17/03/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Gutierrez
[redacted]	18/03/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	19/03/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda

SEMANA DEL 13 AL 19 DE Marzo

GENERAL DE LA REPÚBLICA
ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
TIGACIÓN PARA EL CASO

ATENTAMENTE

[redacted]

C. [redacted]

ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/03/17 Hora 11:30 hrs
Recibio

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

414

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 02 | No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] A CENTRO (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: ___
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 02:10

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] PLIACION ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]
B) B [redacted]
C) C) [redacted]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OLONIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJA

DOMICILIO: [redacted] TL. IGUALA, GRO. OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: ERNESTO DANIEL BARRERA CHONA EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJO

DOMICILIO: [redacted] UALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXADAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

RAL DE LA REPUBLICA
ON PARA EL CASO
OTZINAPA

[redacted] [redacted] [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 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [redacted]

[redacted]

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 415

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

LA DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted]

2. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

3. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 Se ignora ○9

4. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

5. PESO: [redacted] Kilogramos . [redacted] Gramos

6. TALLA: [redacted] Centímetros

7. [redacted]

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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○9

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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ○2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO(A): [redacted] 11.1 Calle y número: Conbo 11.2 Colonia: Iguala 11.3 Localidad: Iguala de la Independencia 11.4 Municipio o delegación: Guerrero 11.5 Entidad federativa o país (si resicla en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ○2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 IMSS ○2 ISSSTE ○3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [redacted] 16.1 Calle y número: Conbo 16.2 Colonia: Iguala 16.3 Localidad: Iguala de la Independencia 16.4 Municipio o delegación: Guerrero 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 16 Mes 03 Año 2017 Horas 02 Minutos 10

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 renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]	8 hrs.	
	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) [redacted] Sec. a	1 año	
	Debido a (o como consecuencia de)	Detección	
	c) [redacted]	6 meses	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) [redacted]	10 años	
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 ○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

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? Sí ○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

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted]

25. PARE[redacted] FALLECIDO(A)

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 ○8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 3352277 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [redacted]

29. TELÉFONO: [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted]

31. FIRMA: [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted]

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

[redacted]

...ERAL DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 916

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): [redacted] — Primer Apellido: [redacted] — Segundo Apellido: [redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Guerrero (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: [redacted] Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ○1 No ●2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 → [redacted] Se ignora ○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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ___ 8.2 Semanas de gestación: ___

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ●2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle — [redacted]
[redacted] — 10.4 Núm. Interior: [redacted]
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 10.6 Nombre del asentamiento humano: Centro
10.8 Localidad: Iguala — 10.9 Municipio o delegación: Iguala — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ●3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ●2

12. OCU[redacted] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ●2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
[redacted] afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica: ___ 14.2 Clave Única de E[redacted]
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
[redacted] — 15.1 Tipo de vialidad: Calle — [redacted]
15.3 País Exterior: [redacted] — 15.4 Núm. Interior: [redacted] — 15.2 Nombre de la vialidad: Centro
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Iguala
15.7 Código Postal: [redacted] — 15.8 Localidad: Iguala — 15.9 Municipio o delegación: Iguala — 15.10 Entidad federativa: Guerrero

Fecha de la defunción (Día / Mes / Año): [redacted] — Hora: 23 — Minutos: 15

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ○1 No ●2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplos: paro cardiaco, insuficiencia respiratoria, falla orgánica, 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]	2 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	5 días	
	c) [redacted]	8 días	
	d) [redacted]	2 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 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
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 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 servicio ○5 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: ___
22.6 Describa circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad: ___ 22.7.2 Nombre de la vialidad: ___
22.7.3 Núm. Exterior: ___ 22.7.4 Núm. Interior: ___ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: ___ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: ___
22.7.7 Código Postal: ___ 22.7.8 Localidad: ___ 22.7.9 Municipio o delegación: ___ 22.7.10 Entidad federativa: ___

DEL INF.

23. NOMBRE: [redacted] — Primer Apellido: [redacted] — Segundo Apellido: [redacted]
24. PA[redacted]A) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ●1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○
26. SI EL C[redacted] Número de la c[redacted]
27. NOMBRE: [redacted] — Primer Apellido: [redacted] — Segundo Apellido: [redacted]
28. FIRMA: [redacted]
29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Calle — [redacted]
29.3 Núm. Exterior: [redacted] — 29.4 Núm. Interior: [redacted] — 29.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: [redacted] — 29.7 Código Postal: [redacted] — 29.8 Localidad: Iguala
29.9 Municipio o delegación: Iguala — 29.10 Entidad federativa: Guerrero — 29.11 Teléfono: 7 3 3 5 1 3 3 6 1 2 0
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. ___, Libro Núm. ___
31.1 Acta Núm. ___

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: ___ — 32.2 Municipio o delegación: ___ — 32.3 Entidad federativa: ___ — 32.4 Día / Mes / Año: ___

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

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

417

OFICIALIA [redacted] | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO [redacted] | ACTA No. [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | LOCALIDAD: IGUALA | ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ____ NACIONALIDAD: ____

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 23:05

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [redacted]

UBICACION: [redacted] SECCION. LOTE 105 ORDEN NO.: ____

DONDE FALLECIO: [redacted] OLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) B) [redacted]

C) C) [redacted] VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] FEBRERO. IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] . IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: H[redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] O. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

VERA DE LA REPUBLICA
CIAL DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
PA

[redacted] FIRMA [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 IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LI[redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO

CIUDADANO

ARCHIVO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 418

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) | [redacted] (Primer Apellido) | [redacted] (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ◯1 Mujer ◯2 Se ignora ◯9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: Se ignora ◯99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ◯1 No ⊗2 Se ignora ◯9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ◯2 → Especifique — Se ignora ◯9

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 [redacted] Años cumplidos — Se ignora ◯9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ◯6 Viudo(a) ◯2 Casado(a) ◯5 En unión libre ◯4 Divorciado(a) ◯3 Soltero(a) ⊗1 Se ignora ◯9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE — [redacted]
10.2 Nombre de la vialidad
10.3 Núm. Exterior [redacted] — 10.4 Núm. Interior
10.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA — [redacted]
10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal [redacted]
10.8 Localidad: IGUALA
10.9 Municipio o delegación: IGUALA
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ◯1 Preescolar ◯12 Primaria ◯3 Secundaria ◯5 Bachillerato o preparatoria ⊗7 Profesional ◯8 Posgrado ◯10 Se ignora ◯99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ◯1 Incompleta ⊗2
[redacted] AL — Se ignora ◯99
12.1 Trabajaba Si ⊗1 No ◯2 Se ignora ◯9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ◯1 ISSSTE ◯3 SEDENA ◯5 Seguro Popular ⊗7 Otra ◯8 IMSS ◯2 PEMEX ◯4 SEMAR ◯6 IMSS PROSPERA ◯10 Se ignora ◯99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ◯1 IMSS ◯3 PEMEX ◯5 SEMAR ◯7 IMSS PROSPERA ◯2 ISSSTE ◯4 SEDENA ◯6 Otra unidad pública ◯8 Unidad médica privada ◯9
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ◯10 Otro lugar ◯12 Hogar ⊗11 Se ignora ◯99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CALLE — [redacted]
15.2 Nombre de la vialidad
15.3 Núm. Exterior [redacted] — 15.4 Núm. Interior
15.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA — CENTRO
15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal [redacted]
15.8 Localidad: IGUALA
15.9 Municipio o delegación: IGUALA
15.10 Entidad federativa: GUERRERO

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año) — 15 (Horas) 40 (Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ◯1 No ⊗2 Se ignora ◯9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ◯1 No ⊗2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, 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	[redacted]	24 HORAS	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica — b)	[redacted] Debido a (o como consecuencia de)	8 AÑOS	
c)	[redacted] Debido a (o como consecuencia de)	24 AÑOS	
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. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 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 ◯5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ◯1 No ◯2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ◯1 No ◯2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA
22.1 Fue un presunto: Accidente ◯1 Homicidio ◯2 Suicidio ◯3 Se ignora ◯9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ◯1 No ◯2 Se ignora ◯9
22.3 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 servicio ◯5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ◯6 Granja (rancho o parcela) ◯7 Otro ◯8 Se ignora ◯9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad — 22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior — 22.7.4 Núm. Interior
22.7.5 Tipo de asentamiento humano — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal
22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o delegación — 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ◯1 Médico legista ◯2 Otro médico* ⊗3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ◯4 Autoridad civil* ◯5 Otro* ◯8 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de la cédula profesional

27. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) | [redacted] (Primer Apellido) | [redacted] (Segundo Apellido)
28. FIRMA [redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO
[redacted] — 29.2 Nombre de la vialidad: [redacted]EXICO-ACAPULCO KM. [redacted] — 29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior — 29.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
[redacted] — 29.6 Nombre del asentamiento humano
[redacted] — 29.8 Localidad: IGUALA
29.9 Municipio o delegación: IGUALA
29.10 Entidad federativa: GUERRERO
29.11 Teléfono
30. [redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad — 32.2 Municipio o delegación — 32.3 Entidad federativa — 32.4 Día / Mes / Año

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

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.

[redacted]

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

419

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO | ACTA No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (1ºRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD [redacted] AÑOS — MESES — DIAS — HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ——— NACIONALIDAD: ———
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 15:40
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] MPLIACION ORDEN NO.: ———
DONDE FALLECIO: [redacted] O, IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [redacted]
B) [redacted]
C) C [redacted]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] UALA, GUERRERO, RANCHO DEL CURA

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] ERRERO OCUPACIÓN: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] NTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
UNIDAD ESPECIALIZADA PARA EL CASO
AYOTZINAPA

[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. [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO

OFICIALIA

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

420

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro.,a 26 de Marzo 2017

C.P. [redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	21/03/2017	[redacted]
		Funerales Rueda
[redacted]	23/03/2017	[redacted]

SEMANA DEL 20 AL 26 DE Marzo

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 15-07-17 Hora 11:23
Recibio EMM

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO [redacted] 421

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer Apellido) [redacted] (Segundo Apellido)

2. FECHA DE [redacted] (Día, Mes, Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique; Se ignora ○9

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 [redacted] (Años cumplidos); Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
[redacted] [redacted]
10.3 Núm. Exterior [redacted] 10.4 Núm. Interior
COLONIA
10.5 Tipo de asentamiento humano
10.2 Nombre de la vialidad [redacted]
IGUALA
10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal
IGUALA
10.8 Localidad
IGUALA
10.9 Municipio o delegación
GUERRERO
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ☒5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ☒2
12. [redacted] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ☒1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ☒7 Otra ○8, IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ☒11 Se ignora ○99
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [redacted]
15.3 Núm. Exterior [redacted] 15.4 Núm. Interior
COLONIA
15.1 Tipo de vialidad
15.5 Tipo de asentamiento humano
[redacted] nombre de la vialidad
IGUALA
15.7 Código Postal
15.8 Localidad
IGUALA
15.9 Municipio o delegación
GUERRERO
15.6 Nombre del asentamiento humano
15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día, Mes, Año) 16 00 (Horas, Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○1 No ☒2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ☒2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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] (Debido a, o como consecuencia de)	10 HORAS	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted]	2 AÑOS	
	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			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORresponde A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 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
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el centro de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignore ○9
22.3 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 servicio ○5 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad
22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior
22.7.4 Núm. Interior
22.7.5 Tipo de asentamiento humano
22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal
22.7.8 Localidad
22.7.9 Municipio o delegación
22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer Apellido) [redacted] (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ☒3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted] Número de la cédula profesional
27. NOMBRE DR. [redacted] Nombre
28. FIRMA [redacted]
29. DOMICILIO y TELÉFONO [redacted]
29.1 Tipo de vialidad
29.2 Nombre de la vialidad
KM. 128+200
29.3 Núm. Exterior
29.4 Núm. Interior
29.5 Tipo de asentamiento humano
[redacted] nombre del asentamiento humano
IGUALA
29.7 Código Postal
IGUALA
29.8 Localidad
GUERRERO
29.9 Municipio o delegación
29.10 Entidad federativa
29.11 Teléfono
[redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o delegación
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

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

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. 1 LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

422

OFICIALIA | FECHA DE REGISTRO [redacted]

LIBRO [redacted]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

LOCALIDAD: IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) ---- (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---- NACIONALIDAD: ----

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 16:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [redacted]

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ----

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted]

C) ----

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GUALA, GUERRERO, RANCHO DEL CURA

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJA

DOMICILIO: [redacted] S. IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] D. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: [redacted] PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

[redacted] [redacted] [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 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [redacted]

[redacted]

SELLO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA OFICIALIA 01 REGISTRO CIVIL 2015-2018

INTERESADO

CERTIFICADO

GUERRERO

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 423

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer Apellido) [redacted]

2. [redacted] (Año) | 3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Guerrero (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: Se ignora ○99 | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9 | 7. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique; Se ignora ○9

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 [redacted] Años cumplidos; Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ___ 8.2 Semanas de gestación: ___

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle [redacted]
10.3 Núm. Exterior [redacted] 10.4 Núm. Interior ___ 10.5 Tipo de asentamiento humano [redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [redacted]
10.7 Código Postal [redacted] 10.8 Localidad Iguala 10.9 Municipio o delegación Iguala 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Guerrero

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL [redacted] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: ___

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica: ___ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Calle [redacted]
15.3 Núm. Exterior [redacted] 15.4 Núm. Interior ___ 15.5 Tipo de asentamiento humano [redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [redacted]
15.7 Código Postal [redacted] 15.8 Localidad Iguala 15.9 Municipio o delegación Iguala 15.10 Entidad federativa Guerrero

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [redacted] Mes Año Horas 06 Minutos 00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ○2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) [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
b) [redacted]
Debido a (o como consecuencia de):
c) [redacted]
Debido a (o como consecuencia de):
d)

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 morboso que la produjo

RAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ON PARA EL CASO
OTZINAPA

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 Durante el puerperio (42 días después del parto o aborto) ○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
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN. Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 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 servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): ___
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: ___
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: ___
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad ___ 22.7.2 Nombre de la vialidad ___
22.7.3 Núm. Exterior ___ 22.7.4 Núm. Interior ___ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano ___ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano ___
22.7.7 Código Postal ___ 22.7.8 Localidad ___ 22.7.9 Municipio o delegación ___ 22.7.10 Entidad federativa ___

DEL INF.

23. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)
24. PAR[redacted]EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 636090 Número de la cédula profesional
27. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Primer Apellido) (Segundo Apellido)
28. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad Calle [redacted] 29.3 Núm. Exterior [redacted] 29.4 Núm. Interior ___ 29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano Centro 29.7 Código Postal [redacted] 29.8 Localidad Iguala
29.9 Municipio o delegación Iguala 29.10 Entidad federativa Guerrero 29.11 Teléfono [redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO. Núm. ___ Libro Núm. ___ 31.1 Acta Núm. ___
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO. 32.1 Localidad ___ 32.2 Municipio o delegación ___ 32.3 Entidad federativa ___ 32.4 Día ___ Mes ___ Año ___

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

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

424

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 02 de Abril 2017

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	28/03/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	31/03/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Rueda
[redacted]	01/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales Cristo Rey

SEMANA DEL 27 AL 02 DE Abril

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
YOTZINAPA

ATENTAMENTE
[redacted]

C. [redacted]
ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 15-03-17 Hora 11:11
Recibio [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted]

425

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): [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer Apellido) [redacted] (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: [redacted] Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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 0 [redacted] Años cumplidos — Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ⊗2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE — [redacted]
10.3 Núm. Exterior: [redacted] 10.4 Núm. Interior: ___
10.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA — [redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano
[redacted] 10.7 Código Postal
10.8 Localidad: IGUALA
10.9 Municipio o delegación: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ⊗1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ⊗1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CALLE — [redacted]
15.3 Núm. Exterior: [redacted] 15.4 Núm. Interior: ___
15.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA — [redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano
[redacted] 15.7 Código Postal
15.8 Localidad: IGUALA
15.9 Municipio o delegación: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
15.10 Entidad federativa: GUERRERO

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año) 0700 (Horas / Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ⊗2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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]	1 SEMANA	
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 morboso que la produjo			

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
UNIDAD ESPECIALIZADA EN INVESTIGACIÓN
FISCAL PARA EL CASO
AYOTZINAPA

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 54 AÑOS
21.1 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 12 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 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 servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad — 22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior — 22.7.4 Núm. Interior — 22.7.5 Tipo de asentamiento humano — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal — 22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o delegación — 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) / Primer Apellido / Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ⊗1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional

27. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) / Primer Apellido)
28. FIRMA: [redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CALLE — [redacted] — 29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior: PUEBLO — 29.5 Tipo de asentamiento humano
[redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano — [redacted] 29.7 Código Postal — [redacted] 29.8 Localidad
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA — GUERRERO — [redacted] 29.9 Municipio o delegación — 29.10 Entidad federativa — 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año)

REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA/JUZGADO [redacted] Libro Núm. [redacted]
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: Iguala

Art.110 Fracción VI LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracción I LFTAIP Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

426

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO [redacted] | ACTA No. [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

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

DOMICILIO HABITUAL: [redacted] PERPETUO SOCORRO (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ------ NACIONALIDAD: ------
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 02:00
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] AMPLIACION ORDEN NO.: ------
DONDE FALLECIO: [redacted] NIA PERPETUO SOCORRO. IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]
B) ------
C) ------
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 3[redacted]
DOMICILIO: AV. DEL ESTUDIANTE NO. 48. TEPOCHICA MPIO. DE IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] DEL P R I. IGUALA, GRO. OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: BANDERA NACIONAL NO. 48. COL. CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] TESTIGO | [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 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [redacted]

[redacted] FIRMA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SELLO DE LA OFICIALIA
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivacion 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted]

427

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) A[redacted] (Apellido paterno) [redacted] (Apellido materno)

2. CURP: Se ignora ○99

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗X 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 . Gramos

7. TALLA: 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 [redacted] Años cumplidos; 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) ○6 Divorciado(a) ○3 Viudo(a) ⊗2 Soltero(a) ○1 Casado(a) ○5 Se ignora ○9

11. [redacted] domicilio permanente dor[redacted] Iguala

11.1 Calle y número: Iguala — 11.2 Colonia — 11.3 Localidad: Guerrero

11.4 Municipio o delegación — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD: Ninguno ○1 Preescolar ○12 Primaria incompleta ⊗2 Primaria completa ○3 Secundaria incompleta ○4 Secundaria completa ○5 Bachillerato o preparatoria incompleta ○11 Bachillerato o preparatoria completa ○6 Profesional ○7 Posgrado ○10 Se ignora ○99

13. OCUPACIÓN HABITUAL [redacted] Se ignora ○99

13.1 Trabajaba: Sí ○1 No ⊗X Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguno ○1 IMSS ○2 ISSSTE ⊗3 PEMEX ○4 SEDENA ○5 SEMAR ○6 Seguro Popular ○7 IMSS Oportunidades ○10 Otra ○8 Se ignora ○99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

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:

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ⊗11 Se ignora ○99

16. DOMICILIO [redacted] Iguala

16.1 Calle y número: Iguala — 16.2 Colonia — 16.3 Localidad: Guerrero

16.4 Municipio o delegación — 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 30 (Día) 03 (Mes) 2017 (Año) — 13 (Horas) 00 (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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]	24 horas	
	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) [redacted]	20 años	
	c) [redacted]	20 años	
	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			

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 del embarazo, parto o puerperio? 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 (casa, departamento, 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

DEL INF.

24. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

25. PAR[redacted] FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico ⊗4 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)

28. NOMBRE [redacted] (Nombre(s)) (Apellido paterno) (Apellido materno)

30. DOMICILIO [redacted] r [redacted] centro

31. [redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [redacted] (Día / Mes / Año)

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
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

428

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO 02 | ACTA No. [redacted]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO [redacted]

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] PERPETUO SOCORRO (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___
NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 13:00
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] MERA AMPLIACION ORDEN NO.: ___
DONDE FALLECIO: [redacted] SOCORRO. 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] NIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] O. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXOS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[redacted] TESTIGO

FIRMAS [redacted]

[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. [redacted] LIC. [redacted] FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

ARCHIVO

GUERRERO

RAL DE LA REPUBLICA
TAL DE INVESTIGACION
ION PARA EL CASO
'OTZINAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. 1
LFTAIP
Motivación 2

424

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

$2017

((ABRIL))

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

430

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 1º del mes Abril del 2017.

Se autoriza al C. Funerales Cristo Rey con domicilio Aldama #26 centro tel. no. 733 [illegible] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso validos únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]
LA REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. PANTEONES 2015 - 2018 TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx
Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

431.

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 09 de Abril 2017

C.P.ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	04/04/2017	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	06/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "Rueda"

SEMANA DEL 03 [illegible] Abril

[illegible]ERAL DE LA REPÚBLICA
[illegible]IAL DE INVESTIGACIÓN
[illegible]ÓN PARA EL CASO
[illegible]OTZINAPA ATENTAMENTE

[redacted]

C [redacted]

ADMINISTRADOR

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018 RECIBIDO Fecha 11-OCT-17 Hora 11:52 Recibio FALLY

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
2015 - 2018

432

Iguala Gro, a 04 abril de 2017

Se autoriza a la C [redacted] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la primera Ampliación del Panteón Antiguo Municipal.

ATENTAMENTE

P.A. [redacted]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[redacted]

DIRECCIÓN DE PANTEONES.

NERAL DE LA REPÚBLICA
CIAL DE INVESTIGACIÓN
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 433

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.

[redacted] ...ICADO DE DEFUNCIÓN (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) — [redacted] (Primer Apellido) — [redacted] (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Se ignora ○9 Otra ○2 → Especifique

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 [redacted] (Años cumplidos) Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ⊗4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE — [redacted]
5
10.2 Núm. Exterior — 10.3 Núm. Interior
COLONIA — [redacted]
10.4 Nombre de la vialidad
[redacted]
10.5 Tipo de asentamiento humano
IGUALA — IGUALA — GUERRERO
10.7 Código Postal — 10.8 Localidad — 10.9 Municipio o delegación — 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ⊗5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ⊗7 Otra ○6 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ⊗1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica — 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: AVENIDA — [redacted]
15.3 Núm. Exterior — 15.4 Núm. Interior
COLONIA — [redacted]
15.2 Nombre de la vialidad
15.5 Tipo de asentamiento humano
IGUALA — IGUALA — GUERRERO
15.7 Código Postal — 15.8 Localidad — 15.9 Municipio o delegación — 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año) — (Horas / Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ⊗1 No ○2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfenia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) [redacted] S POR
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existieran alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b) [redacted]
c) [redacted]
d)

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 morboso que la produjo
FISCAL DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
IGUALA

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 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
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ⊗2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 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 servicio ○5 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: CARPETA DE INVESTIGACION [redacted]
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad — 22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior — 22.7.4 Núm. Interior — 22.7.5 Tipo de asentamiento humano — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal — 22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o delegación — 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) — [redacted] (Primer Apellido) — [redacted] (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ⊗2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la c[redacted]

27. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) — Primer Apellido: CULIN. — Segundo Apellido

28. FIRMA: [redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CARRETERA — 29.2 Nombre de la vialidad: [redacted] — 29.3 Núm. Exterior: KM. — 29.4 Núm. Interior: [redacted] — 29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano: [redacted] — 29.7 Código Postal — 29.8 Localidad: IGUALA
29.9 Municipio o delegación: IGUALA — 29.10 Entidad federativa: GUERRERO — 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. — Libro Núm

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad

Art.110 Fracc. VI LFTAIP Motivación 1

Fracc. I

434

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 16 de Abril 2017

C.P.ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	10/04/2017	[redacted]
[redacted]		
[redacted]	11/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "cristo rey"
[redacted]	13/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "Uriostegui"
[redacted]	16/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "Rueda"

SEMANA DEL 10 AL 16 DE Abril

ATENTAMENTE

[redacted]

ESCUELA NORMAL RURAL "REPÚBLICA [redacted]
CIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 17-04-17 Hora 11:51
Recibio FANNY

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

435

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº 0423

Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes Abril del 2017.

Se autoriza al C. Funerales Costa Rey con domicilio Adama #26 tel. no. 2-35-40 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

436

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 13 del mes Abril del 2017

Se autoriza al C. funerales "Uriostegui" con domicilio periferico Sur S/N tel. no. 33 4 17 28 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

437

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 16 del mes abril del 2017.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio Periférico Poniente S/N tel. no. 733 1143254 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL
OTZINAPA

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

438

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 23 de Abril 2017

C.P.ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	17/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "D' Dios"
[redacted]		

SEMANA DEL 17 AL 23 DE Abril

ATENTAMENTE
[redacted]
ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 17-04-17 Hora 11:55
Recibio FIAN y

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO [redacted] 439

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

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) — Primer Apellido: [redacted] — Segundo Apellido:

2. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP: Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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 ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ●2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): [redacted]
10.1 Tipo de vialidad: [redacted]
10.2 Nombre de la vialidad: [redacted]
10.3 Núm. Exterior: [redacted] 10.4 Núm. Interior: [redacted]
10.5 Tipo de asentamiento humano: [redacted]
10.6 Nombre del asentamiento humano: [redacted]
10.7 Código Postal: [redacted]
10.8 Localidad: [redacted]
10.9 Municipio o delegación: [redacted]
10.10 Entidad federativa o país (si resicla en el extranjero): [redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ●3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ●1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación:

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica:
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ●11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: [redacted]
15.2 Nombre de la vialidad: [redacted]
15.3 Núm. Exterior: [redacted] 15.4 Núm. Interior: [redacted]
15.5 Tipo de asentamiento humano: [redacted]
15.6 Nombre del asentamiento humano: [redacted]
15.7 Código Postal: [redacted]
15.8 Localidad: Iguala
15.9 Municipio o delegación: Iguala
15.10 Entidad federativa: Guerrero

Día: [redacted] Mes: [redacted] Año: [redacted] Hora: 0800 Minutos:

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ●2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfixia, 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]		
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)		
	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. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 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
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Vía pública (calle, carretera, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Otro ○8 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad:
22.7.2 Nombre de la vialidad:
22.7.3 Núm. Exterior:
22.7.4 Núm. Interior:
22.7.5 Tipo de asentamiento humano:
22.7.6 Nombre del asentamiento humano:
22.7.7 Código Postal:
22.7.8 Localidad:
22.7.9 Municipio o delegación:
22.7.10 Entidad federativa:

DEL INF.

23. NOMBRE: [redacted]
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ●3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional
27. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s) / Segundo Apellido)
28. [redacted]
29. DOMICILIO y TELÉFONO
[redacted] (Tipo de vialidad)
29.2 Nombre de la vialidad: Calle 3 de Mayo
29.3 Núm. Exterior: Sin Nombre
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano:
29.6 Nombre del asentamiento humano:
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: Iguala
29.9 Municipio o delegación:
29.10 Entidad federativa:
29.11 Teléfono:
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día / Mes / Año

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o delegación
32.3 Entidad federativa
32.4 Día / Mes / Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR 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

[redacted]

470

OFICIALIA [redacted] FECHA DE REGISTRO [redacted]

LOCALIDAD
IGUALA

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA
GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ___ NACIONALIDAD: ___

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 08:00

LUGAR: [redacted] CERTIFICADO NO.: [redacted]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ___

DONDE FALLECIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted]

B) [redacted]

C) ___

TIPO DE DEFUNCION: [redacted]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL [redacted]

DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: [redacted]

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS:

ERA[illegible] REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
ON PARA EL CASO
[illegible]

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 [redacted] [redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO
SELLO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO
NOS MERECEMOS TODOS

COPIA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

441

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 30 de Abril 2017

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	26/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "D' Dios"
[redacted]	28/04/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "Onostesui"

SEMANA DEL 24 AL 30 DE Abril

ATENTAMENTE

[redacted]
ERAL
IAL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 15-05-17 Hora 11:25
Recibio FANY

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

442

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 26 del mes Abril del 2017.

Se autoriza al C. Funerales de Dios con domicilio Col. 2a Sata tel. no. 7331022975 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

ERAL DE LA REPU
CIAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO
OTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
2015 - 2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA AMPLIACION

2017

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

"MAYO"

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

444

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 07 de Mayo 2017

C. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 01 AL 07 DE Mayo

ATENTAMENTE

[redacted]
INVESTIGACIÓN

[redacted]
ADMINISTRADOR

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 11-05-17 Hora 11:11
Recibio [redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

445

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 14 de Mayo 2017

C.P [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 08 AL 14 DE Mayo

ATENTAMENTE

[redacted]
ADMINISTRADOR

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 15-05-17 Hora 11:55
Recibio [redacted]
Recib. Reportes

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

Recibí
13-Nov-17
Nadia

446

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 21 de Mayo 2017

C.P. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[redacted]	15/05/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "D" Dios"
[redacted]	15/05/2017	[redacted]
[redacted]		"traslado"
[redacted]	17/05/2017	[redacted]
[redacted]	21/05/2017	[redacted]
[redacted]		Funerales "D Dios"

SEMANA DEL 15 AL 21 DE Mayo

ATENTAMENTE

[redacted]

ADMINISTRADOR
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

477

OFICIALIA [redacted] | FECHA DE REGISTRO [redacted]

[redacted] | LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

[redacted]

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

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

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE ---------- NACIONALIDAD: ----------

NOMBRE DEL PADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 21:10

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: 170289650

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: ----------

DONDE FALLECIO: [redacted], IGUALA, GUERRERO

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

B) [redacted]

C) ----------

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] AN JOSE, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]

DOMICILIO: [redacted] LA, GRO. OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] UERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [redacted] ERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS

FISCALÍA GENERAL DE LA REPUBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
ATENCIÓN PARA EL CASO
AYOTZINAPA

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 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [redacted]

[redacted] FIRMA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

COPIA

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[redacted] 498

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª [redacted]A (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) — [redacted] (Nombre(s)) — [redacted] (Primer Apellido) — [redacted] (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO — [redacted] (Día / Mes / Año)

3. SEXO — Hombre ⊗1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO — Guerrero (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP — [redacted] Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD — Mexicana ⊗1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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: 0 [redacted] Años cumplidos — Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL — Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ⊗1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) — Calle [redacted]
10.3 Núm. Exterior [redacted] 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano
10.6 Nombre del asentamiento humano
410053 10.7 Código Postal — Iguala 10.8 Localidad — Iguala 10.9 Municipio o delegación — Guerrero 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD — Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ⊗5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ⊗2

12. OCUPACIÓN HABITUAL — [redacted] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD — Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ⊗7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: [redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN — Secretaría de Salud ⊗1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 [redacted] Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
Avenida 15.1 Tipo de vialidad — [redacted] Vialidad
4 15.3 Núm. Exterior — 15.4 Núm. Interior
Colonia 15.5 Tipo de asentamiento humano — [redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano
15.7 Código Postal — Iguala 15.8 Localidad — Iguala 15.9 Municipio o delegación — Guerrero 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — [redacted] (Día / Mes / Año) — 2110 (Horas / Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? — Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — Sí ○1 No ⊗2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, 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]		
	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) [redacted]	4 meses	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c)	10 años	
	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			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 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 12 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 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 servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [redacted]
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
[redacted] ERAL DE LA REPÚBLICA SIAL DE INVESTIGACIÓN [redacted] ION PARA EL CASO [redacted] YOTZINAPA

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad — 22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior — 22.7.4 Núm. Interior — 22.7.5 Tipo de asentamiento humano — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal — 22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o delegación — 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE — [redacted] (Nombre(s)) — [redacted] (Primer Apellido) — [redacted] (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) — [redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR — Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ⊗3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. [redacted] Número de la cédu

27. NOMBRE — [redacted] (Nombre(s)) — [redacted] (Primer Apellido) — [redacted] (Segundo Apellido)

28. FIRMA — [redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO — [redacted] Tipo de vialidad — 29.2 Nombre de la vialidad — 29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior — Colonia 29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano — 29.7 Código Postal — Iguala 29.8 Localidad
Iguala 29.9 Municipio o delegación — Guerrero 29.10 Entidad federativa — 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN — 1 [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. _____, Libro Núm. _____
31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad — 32.2 Municipio o delegación — 32.3 Entidad federativa — 32.4 Día / Mes / Año

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

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc.1 LFTAIP Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

449

RFC [redacted]
AV. VICENTE GUERRERO NO. 1
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS
Fecha de Expedición : 15/05/2017 12:15:35
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 15/05/2017 12:09:37

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección [redacted]
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION		01 EFECTIVO	

Concepto del Recibo:
INHUMACION POR CUERPO DE [redacted] AMP. PANT. MPAL.

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
[redacted]	LOTE	4-02-09-01-00-00 INHUMACION X CUERPO EN AREA URB. Y RURAL	95.66	95.66
	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.35	14.35
			Total	110.01

Importe con Letra:
(CIENTO DIEZ PESOS 01/100 M.N.)

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
AGENCIA DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL
UNIDAD ESPECIALIZADA PARA EL CASO
AYOTZINAPA

RFC: [redacted]

Cadena digital del CFDI:
F5jl5BQXnpKYvZqTVGrVVQeBU6js+VMW/C/dWtsZeq4irp3po0jRuAfrYY0Vi8mqo+EPPoluUeRnW8eGul+ShwZJZL1TWWcE1ixlQhkh/ECHPRmtX9h/zhlXyl/mOtxHvBojSPjxulJOiVUSKfo
yvMP04sQnlgweP42XmbFFuc7TsxKQq1rZ1fXt50FZ2X9IAR+3UK+vPBgT9pbdvMP/TiuopXbUwsKzuB2AlV925JZ+owl4SPJBlxBlBF2opG7KhfYYjtUliG1KlMPcNlp8sPXdZhhyZKF4kY8jSa
7Ul7TS4sl8K5CTVc+7reuLLKuPqCPzyLqg==

del SAT:
a23vi5lshtuSBGya50DAQAJkBslvT88N1lFmiLnbRZub4+9dQJiT2ZpFdYAZ6zaYJ4S9cG7RUAiSbmkz0L4gCR6/CTOKty2lqxTMgxfYuwGztKqLxz7QnFJi6h+o73
3SpCNpqXclXqpOvD3ZWF3b6eXs6bea0KyEBg=

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:
|1.1|91f443c-8781-48e0-851e-0722bb8b8071|2017-05-15T12:09:37|NUx0F5jl5BQXnpKYvZqTVGrVVQeBU6js+VMW/C/dWtsZeq4irp3po0jRuAfrYY0Vi8mqo+EPPol
nW8eGul+ShwZJZL1TWWcE1ixlQhkh/ECHPRmtX9h/zhlXyl/mOtxHvBojSPjxulJOiVUSKfoPe/ZTyvMP04sQnlgweP42XmbFFuc7TsxKQq1rZ1fXt50FZ2X9IAR+3
PBgT9pbdvMP/TiuopXbUwsKzuB2AlV925JZ+owl4SPJBlxBlBF2opG7KhfYYjtUliG1KlMPcNlp8sPXdZhhyZKF4kY8jSa5xhmy7Ul7TS4sl8K5CTVc+7reuLLKuPqC

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

450

RF [redacted]
AV [redacted]
COL. CENTRO
IGUALA, GUERRERO, C.P. 40000
Régimen: PERSONA MORAL CON FINES NO LUCRATIVOS
Fecha de Expedición : 15/05/2017 12:12:47
Lugar de Expedición : AV. GUERRERO NO. 1, COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO, MEXICO

Folio Fiscal: [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT: [redacted]
Fecha y Hora de Certificación: 15/05/2017 12:07:23

Recibo Electrónico [redacted]

No. de Certificado CSD [redacted]

Cliente [redacted]
Dirección [redacted]
Colonia
Localidad
C. P.
Estado
R.F.C. [redacted]

Forma de Pago	Condiciones de Pago	Método de Pago	Número de cuenta de pago
PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION		01 EFECTIVO	

Concepto del Recibo:
ERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL. [redacted] MPAL.

tidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Importe
[redacted]	LOTE	4-02-02-09-13-00 APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL.	237.40	237.40
[redacted]	LOTE	2-01-04-01-01-00 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	35.61	35.61
			Total	273.01

orte con Letra:
SCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS 01/100 M.N.)

L DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZINAPA

: F [redacted]

ligital del CFDI:

1HDCt2ORZMN7VV911KM8Qfo3gdvkXdL/sus9IjaEwlgxg1l4O0pFg2JhgnGl5Hk+VFkbBdZ1CUebKB0Il/e9ZIQ8aAv2ryfy1l1hFxNJVkt/w4Z7ypXk5Y/5OVLI4NHwt6wqZz+885RjLAGaFlVFi
5DkTL+/1dgeU4v0R115tQaZ1jRsdwjDYO2GQuSfGDuNa+2LS+dvNIEovCeYuRaIX4fpgWJIXxVf1tYpKI0UsGiXkjf0cW7o6aX9tJLrjA7nyy2Ss7smMN4iiUAmlXUAX3G734UF7ali3co5LR2
o3r0oJ9nRmWKvl6er8FGfhOBNgRsl0Q==

lel SAT:

ESwjVvvszRMRjpJuJQJJdLOFQM+3d/cetRTeONXabBnrhOIzpTGqgz8fUbPrDJanX3UMi8a0pCi+seaRCqvJJImhSwNASPWrwxNSj032y5+HQBqngJJeN65nXX
:h4nPzvcW9NLWSsbw18VNKEhDhnZCOBmd8WVu90=

[redacted]

na Original del complemento de certificación digital del SAT:

1697ab-1753-441b-b191-ef5d917b8476|2017-05-15T12:07:23|cgp0hp1HDCt2ORZMN7VV911KM8Qfo3gdvkXdL/sus9IjaEwlgxg1l4O0pFg2JhgnGl5Hk+VFkbB
ebKB0Il/e9ZIQ8aAv2ryfy1l1hFxNJVkt/w4Z7ypXk5Y/5OVLI4NHwt6wqZz+885RjLAGaFlVFihDMgF5DkTL+/1dgeU4v0R115tQaZ1jRsdwjDYO2GQuSfGDuNa+2L
EovCeYuRaIX4fpgWJIXxVf1tYpKI0UsGiXkjf0cW7o6aX9tJLrjA7nyy2Ss7smMN4iiUAmlXUAX3G734UF7ali3co5LR2WikhYo3r0oJ9nRmWKvl6er8FGfhOBNgRs

[redacted]

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

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.

[redacted]

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

451

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [redacted] (Nombre(s)) — [redacted] (Primer Apellido) — [redacted] (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] (Día / Mes / Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: [redacted] Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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 [redacted] Años cumplidos — Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ⊗2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE — [redacted]
10.3 Núm. Exterior: 62 — 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA — [redacted]
10.7 Código Postal: ___ — 10.8 Localidad: IGUALA — 10.9 Municipio o delegación: IGUALA — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ⊗3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ⊗2
12. OCUPACIÓN HABITUAL: [redacted] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba SI ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ⊗3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
[redacted] (Número de seguridad social o afiliación)

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ⊗4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica: CLINICA HOSPITAL IGUALA
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ___
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: [redacted]
15.2 Nombre de la vialidad: [redacted]
15.3 Núm. Exterior: 3 — 15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
15.6 Nombre del asentamiento humano: CENTRO
15.7 Código Postal: ___ — 15.8 Localidad: IGUALA — 15.9 Municipio o delegación: IGUALA — 15.10 Entidad federativa: GUERRERO

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año) — Horas: 01 — Minutos: 10

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ○1 No ○2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	3 HORAS	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	20 AÑOS	
	c) [redacted] Debido a (o como consecuencia de)	20 AÑOS	
	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. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 12 A 54 AÑOS
21.1 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
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (hotel, cárcel, 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
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7.1 Tipo de vialidad — 22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.3 Núm. Exterior — 22.7.4 Núm. Interior — 22.7.5 Tipo de asentamiento humano — 22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.7 Código Postal — 22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o delegación — 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) — [redacted] (Primer Apellido) — [redacted] (Segundo Apellido)
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* ⊗3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○9 *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional
27. NOMBRE: [redacted] (Nombre(s)) — [redacted]
28. FIR[redacted]
29. DOMICILIO y TELÉFONO: [redacted]
29.1 Tipo de vialidad — 29.2 Nombre de la vialidad — 29.3 Núm. Exterior — 29.4 Núm. Interior: — 29.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
29.6 Nombre del asentamiento humano: CENTRO — 29.7 Código Postal — 29.8 Localidad: IGUALA
29.9 Municipio o delegación: IGUALA — 29.10 Entidad federativa: GUERRERO — 29.11 Teléfono
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [redacted] (Día / Mes / Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. ___ Libro Núm. ___
31.1 Acta Núm. ___
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad — 32.2 Municipio o delegación — 32.3 Entidad federativa — 32.4 Día / Mes / Año

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

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

452

OFICIALIA 01 | FECHA DE REGISTRO [redacted]
LIBRO [redacted] | LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA | ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [redacted] (NOMBRE(S)) [redacted] (PRIMER APELLIDO) [redacted] (SEGUNDO APELLIDO) — SEXO: HOMBRE ( ) MUJER (X)
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS --- MESES --- DIAS --- HORAS — NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) — ESTADO CIVIL: [redacted]
IGUALA (LOCALIDAD) [redacted] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE ------ NACIONALIDAD: ------
NOMBRE DEL PADRE [redacted] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [redacted] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [redacted] HORA: 06:10
LUGAR: ISSSTE — CERTIFICADO NO.: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [redacted] — ORDEN NO.: ------
DONDE FALLECIO: [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] IA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [redacted] EDAD: [redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [redacted] NTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
[redacted] VESTIGACIÓN
A EL CASO
TESTIGO [redacted] PA

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 DEL REGISTRO CIVIL [redacted] [redacted]

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SELLO DE LA OFICIALIA
LA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GOBIERNO DE GUERRERO
NOS INCLUIMOS TODOS

CREMACION

Art.110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art.113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

453

IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

Nº [redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 21 del mes Mayo del 2017

Se autoriza al C. Fernando de Dios con domicilio Col Zapote tel. no. 1032126 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[redacted]

ATENTAMENTE

[redacted]

DIRECTOR DE PANTEONES.

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art.110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art.113
Fracc.1
LFTAIP
Motivación 2