DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :** c7237cffe9ead37877c0b19642e9a68541bfd224a90634024ad08e832148f9 7ddadac6fbeec5ca5f86da7d64b5b88530

**Número de Factura:** FVE-306
**Fecha de Emisión:** 15/12/2022
**Fecha de Vencimiento:** 29/01/2023
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** CEMENTERIO DE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE PASTO
**Nombre Comercial:** CEMENTERIO DE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE PASTO
**Nit del Emisor:** 800255077
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 9491

**País:** Colombia
**Departamento:** Nariño
**Municipio / Ciudad:** Pasto
**Dirección:** AV NUEVA ARANDA
**Teléfono / Móvil:** 3006150637
**Correo:** cementeriodelcarmen@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Razón Social:** MUNICIPIO DE PASTO
**Nombre Comercial:** MUNICIPIO DE PASTO
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 891280000
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Nariño
**Municipio / Ciudad:** Pasto
**Dirección:** CR 28 16 05 BRR SAN ANDRES
**Teléfono / Móvil:** 7244326
**Correo:** alcalde@pasto.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 1 | ARRENDAMIENTO BOVEDA | 94 | 1,00 | $ 54.320.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 54.320.000,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

### Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

## Notas Finales

SERVICIO DE ARRENDO DE BOVEDAS SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento validado por la DIAN 2022-12-15 09:42:10**
**Documento generado el: 2022-12-15 09:42:09**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 54.320.000,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 54.320.000,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 54.320.000,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** COP $ | $ 54.320.000,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764030317285 Rango desde: 201 Rango hasta: 400 Vigencia: 2023-06-21

| ALCALDÍA DE PASTO | PROCESO ATENCIÓN SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE DEL FORMATO<br>INFORME DE SUPERVISIÓN | | | |
| | VIGENCIA<br>08-Jun-18 | VERSIÓN<br>02 | CODIGO<br>AS-F-092 | PAGINA<br>1 de 2 |

Original

| | |
|---|---|
| **CONVENIO Y/O CONTRATO DE INTERES PÚBLICO NÚMERO** | CONTRATO No: **20220961** |
| **CONTRATISTA** | **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** |
| **FUNDACIÓN** | **N.A** |
| **OBJETO DEL CONVENIO Y/O CONTRATO** | **El ARRENDADOR** en nombre propio se obliga a entregar en arrendamiento al municipio de pasto, el uso y goce de bóvedas ubicadas en el cementerio nuestra señora del Carmen del cual son propietarias, ubicado en la ciudad de pasto, en la calle 22 bis n° 28-91 en pasto cuya matrícula inmobiliaria es la no. 240-41658 de la oficina de registro instrumentos públicos de pasto destinadas a la inhumación de cadáveres, bajo modalidad de monto agotable. el inmueble se encuentra dentro de los siguientes linderos: por el pie del oriente, con terreno de la señora Amalia zarama de luna, camino de medio, por el costado derecho, cabecera y costado izquierdo con terreno del vendedor señor zarama, según datos tomados por escritura pública n° 335 de fecha 6 de julio de 1936 de la notaria primera del circulo de pasto. |

**REQUISITOS DE EJECUCIÓN**

| | |
|---|---|
| **Registro presupuestal** | **2022000808 del 25 de Enero 2022** |
| **Resolución de aprobación de Póliza** | N.A |
| **Acta de inicio** | 25 de Enero 2022 |
| **Periodo de supervisión** | 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2022 |
| **Fecha de realización** | 13 de Diciembre 2022 |
| **Valor Total del convenio y/o contrato** | $ 79.745.000 |

| | ACTIVIDADES SEGÚN OBJETO CONTRACTUAL - CONVENIO Y/O CONTRATO | RESULTADOS | EVIDENCIA CUMPLIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO |
| 1 | Ejecutar a cabalidad el objeto del contrato designado. | | X | |
| 2 | Presentar factura de acuerdo al resultado del número de bóvedas efectivamente ocupadas y por el valor respectivo del canon de arrendamiento pactado. Durante la ejecución del contrato. | | X | |
| 3 | Informar oportunamente al supervisor del contrato de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo. | | X | |
| 4 | Presentar los documentos necesarios para la legalización y perfeccionamiento del contrato. | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | Realizar los aportes a seguridad social. | | X | |
| 6 | Realizar pagos de impuestos y deducciones necesarios requeridas por el Municipio de Pasto... | | X | |
| 7 | Colaborar para el normal desarrollo del contrato a celebrar. | | X | |
| 8 | Las demás obligaciones que sean análogas y de uso común de acuerdo al objeto del contrato. | | X | |

Una vez revisado el tercer informe presentado por el **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** me permito manifestar que durante el periodo en mención, se evidencio un cumplimiento de las obligaciones suscritas en el contrato N°. **20220961**, cumpliendo con el objetivo del mismo.

Se consolida el tercer periodo de la ejecución del objeto del contrato de interés público N°. **20220961**, correspondiente al tercer periodo de los servicios prestados al programa RECUPERANDO MI HOGAR y servicios prestados al programa ADULTO MAYOR por valor total de $54.320.000 **(CINCUENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE).** Del periodo correspondiente desde 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2022.

Discriminados así: **Adulto Mayor:** $20.985.000 m/c (VEINTE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS) y **Recuperando mi Hogar:** $33.355.000 m/c (TREINTA Y TRES MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS).

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y Proyectos
Supervisor

**PARQUE CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
**Nit: 800255077-3**
**Oficina: Calle 22 Nº 28-91 celular 3006150637**
**San Juan de Pasto**

San Juan de Pasto, diciembre de 2022

**Doctora**
**ALEXANDRA JARAMILLO**
**Secretaria de Bienestar Social**
**Alcaldía Municipio de Pasto**
**Ciudad.**

Cordial saludo de paz y bien.

De la manera más atenta, para que se sirva ordenar a quien corresponda la cancelación de las bóvedas arrendadas por el Parque Cementerio Nuestra Señora del Carmen y que ascienden a la suma de: CINCUENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE ($ 54.320.000). Que corresponden al arrendo de: ochenta y cinco (85) bóvedas para adultos y quince(15) bóvedas para niños.

Anexo documentos requeridos para el trámite correspondiente.

Sin otro particular me es grato el suscribirme, con sentimientos de gratitud y aprecio.

Atentamente,

**JAIME AYALA RODRIGUEZ**
**Administrador**
**Celular 3006150637**

PARQUE CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 800255077-3
Oficina: Calle 22 N° 28-91 celular 3006150637

**RELACION DE BOVEDAS ARRENDADAS SUSCRITO ENTRE PARQUE CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN – ALCALDIA MUNICIPAL DE PASTO – SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL**

| | DIFUNTO (A) | SEXO | FECHA | BOVEDA N°. | VALOR | POBLACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | ARNULFO GILBERTO CALPA | MASCULINO | SEPTIEMBRE DE 2022 | 1880 | $ 565.000 | VULNERABLE |
| 2. | MARIO ALFREDO PEÑAFIEL | MASCULINO | SEPTIEMBRE DE 2022 | 1931 | $ 565.000 | ADULTO MAYOR |
| 3. | ALONSO BOLIVAR ALTAMIRANO | MASCULINO | OCTUBRE DE 2022 | 704 | $ 565.000 | VULNERABLE |
| 4. | ANGEL DIONICIO BOLAÑO9S PINZOBN | MASCULINO | OCTUBRE DE 2022 | 1832 | $ 565.000 | VULNERABLE |
| 5. | LUIS ALFREDO CERON CAÑAVERAL | MASCULINO | NOVIEMBRE DE 2022 | 742 | $ 565.000 | VULNERABLE |
| 6. | HUMBERTO BERTARIO ALMEIDA RUIZ | MASCULINO | NOVIEMBRE DE 2022 | 661 | $ 565.000 | ADULTO MAYOR |
| 7. | ANTONIO PEREZ MENDOZA | MASCULINO | NOVIEMBRE DE 2022 | 1836 | $ 565.000 | VULNERABLE |
| 8. | ELADIO JOSE MARIA PANTOJA DIAZ | MASCULINO | NOVIEMBRE DE 2022 | 1015 | $ 565.000 | VULNERABLE |
| 9. | SIMEON LOPEZ BUITRON | MASCULINO | NOVIEMBRE DE 2022 | 798 | $ 565.000 | ADULTO MAYOR |
| 10. | SIGIFREDO ORTIZ RENGIFO | MASCULINO | DICIEMBRE DE 2022 | 1188 | $ 565.000 | ADULTO MAYOR |
| 11. | JOSE NEMESIO MARCILLO SANCHEZ | MASCULINO | DICIEMBRE DE 2022 | 751 | $ 565.000 | VULNERABLE |
| 12. | | | | 393 | $ 565.000 | |
| 13. | | | | 395 | $ 565.000 | |
| 14. | | | | 409 | $ 565.000 | |
| 15. | | | | 410 | $ 565.000 | |
| 16. | | | | 411 | $ 565.000 | |
| 17. | | | | 412 | $ 565.000 | |
| 18. | | | | 415 | $ 565.000 | |
| 19. | | | | 433 | $ 565.000 | |
| 20. | | | | 436 | $ 565.000 | |
| 21. | . | | | 438 | $ 565.000 | |

# PARQUE CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

**Nit: 800255077-3**
**Oficina: Calle 22 N° 28-91**
**Teléfono: 7216662**
**San Juan de Pasto**

**San Juan de Pasto, 12 de diciembre de 2022**

**Doctora**

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**

**Subsecretaria de Gestión y Proyectos**

**Secretaria de Bienestar Social**

**Ciudad.**

**Cordial saludo de paz y bien.**

**En mi condición de Administrador del: Parque Cementerio Nuestra Señora del Carmen, por medio del presente escrito, de manera atenta y respetuosa, me permito manifestar lo siguiente:**

**Teniendo en cuenta que se ha entregado en calidad de arrendo: cuarenta y cinco(45) bóvedas y pendientes por ocupar setenta y cuatro (74) bóvedas para adultos y quince (15) bóvedas para niños, según la relación adjunta, en el marco del contrato de arrendamiento de bóvedas suscrito entre el Municipio de Pasto y el Cementerio Nuestra Señora del Carmen, nos comprometemos a prestar los servicios de estas bóvedas, en el momento que sea requerido por parte de la Secretaria de Bienestar Social, todo de conformidad con las obligaciones pactadas en el citado contrato.**

**Sin otro particular me es grato el suscribirme, con sentimientos de gratitud y aprecio.**

**Atentamente,**

**JAIME AYALA RODRIGUEZ**
**Administrador.**

PARQUE CEMENTERIO
NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Teléfono: 721 66 62
ADMINISTRACION

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**DEPARTAMENTO DE NARIÑO**
**ALCALDIA MUNICIPAL DE PASTO**

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO MUNICIPAL No 202233734
SUBSECRETARIA DE INGRESOS

**CERTIFICA :**

Que el (la) señor (a) CEMENTERIO DE NUESTRA SENORA DEL CARMEN DE PASTO con identificación No. 800255077, se encuentra a Paz y Salvo por concepto de Impuestos, Tasas y Contribuciones Municipales, asi como por concepto de Multas y Sanciones.

**Fecha de Expedición: 2022-12-05**
**Válido Hasta: 2022-12-31**
**Se expide con destino a: Documentacion**

**Estado: Vigente**

Mario Andrés Narvaez Delgado
**Subsecretario de Ingresos**

La expedicion del presente paz y salvo no excluye ni limita las facultades de fiscalizacion y determinacion del municipio en materia tributaria y sancionatoria.
La autenticidad de este documento puede ser verificada en www.pasto.gov.co/Tramites y servicios/Paz y salvo Municipal o en la secretaria de Hacienda de pasto.
e-mail: sistemas@haciendapasto.gov.co- Código Postal 520001

Imprimir

Cerrar

| | | |
|---|---|---|
| 22-. | 900 | $ 565.000 |
| 23-. | 439 | $ 565.000 |
| 24-. | 441 | $ 565.000 |
| 25-. | 456 | $ 565.000 |
| 26-. | 453 | $ 565.000 |
| 27-. | 457 | $ 565.000 |
| 28-. | 458 | $ 565.000 |
| 29-. | 465 | $ 565.000 |
| 30-. | 469 | $ 565.000 |
| 31-. | 471 | $ 565.000 |
| 32-. | 475 | $ 565.000 |
| 33-. | 481 | $ 565.000 |
| 34-. | 482 | $ 565.000 |
| 35-. | 486 | $ 565.000 |
| 36-. | 487 | $ 565.000 |
| 37-. | 488 | $ 565.000 |
| 38-. | 490 | $ 565.000 |
| 39-. | 491 | $ 565.000 |
| 40-. | 563 | $ 565.000 |
| 41-. | 565 | $ 565.000 |
| 42-. | 566 | $ 565.000 |
| 43-. | 567 | $ 565.000 |
| 44-. | 568 | $ 565.000 |
| 45-. | 667 | $ 565.000 |
| 46-. | 664 | $ 565.000 |
| 47-. | 665 | $ 565.000 |
| 48-. | 670 | $ 565.000 |
| 49-. | 676 | $ 565.000 |
| 50-. | 677 | $ 565.000 |
| 51-. | 711 | $ 565.000 |
| 52-. | 684 | $ 565.000 |
| 53-. | 725 | $ 565.000 |
| 54-. | 729 | $ 565.000 |
| 55-. | 730 | $ 565.000 |
| 56-. | 745 | $ 565.000 |
| 57-. | 747 | $ 565.000 |
| 58-. | 754 | $ 565.000 |

| | | |
|---|---|---|
| 59-. | 493 | $ 565.000 |
| 60-. | 499 | $ 565.000 |
| 61-. | 501 | $ 565.000 |
| 62-. | 506 | $ 565.000 |
| 63-. | 508 | $ 565.000 |
| 64-. | 510 | $ 565.000 |
| 65-. | 511 | $ 565.000 |
| 66-. | 513 | $ 565.000 |
| 67-. | 517 | $565.000 |
| 68-. | 518 | $ 565.000 |
| 69-. | 519 | $ 565.000 |
| 70-. | 526 | $ 565.000 |
| 71-. | 527 | $ 565.000 |
| 72-. | 528 | $ 565.000 |
| 73-. | 531 | $ 565.000 |
| 74-. | 532 | $ 565.000 |
| 75-. | 535 | $ 565.000 |
| 76-. | 537 | $ 565.000 |
| 77-. | 543 | $ 565.000 |
| 78-. | 551 | $ 565.000 |
| 79-. | 553 | $565.000 |
| 80-. | 555 | $ 565.000 |
| 81-. | 556 | $ 565.000 |
| 82-. | 557 | $565.000 |
| 83-. | 560 | $ 565.000 |
| 84-. | 813 | $ 565.000 |
| 85-. | 817 | $ 565.000 |

BOVEDAS PARA NIÑOS (AS)

| | | |
|---|---|---|
| 1-. | 17 | $ 430.000 |
| 2-. | 21 | $ 430.000 |
| 3-. | 27 | $ 430.000 |
| 4-. | 24 | $ 430.000 |
| 5-. | 26 | $ 430.000 |
| 6-. | 33 | $ 430.000 |
| 7-. | 34 | $ 430.000 |
| 8-. | 35 | $ 430.000 |

| | | |
|---|---|---|
| 9-. | 49 | $ 430.000 |
| 10-. | 52 | $ 430.000 |
| 11-. | 53 | $ 430.000 |
| 12-. | 54 | $ 430.000 |
| 13-. | 9 | $ 430.000 |
| 14-. | 42 | $ 430.000 |
| 15-. | 32 | $ 275.000 |

**VALOR TOTAL EN ESTA ACTA: CINCUENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE. ($ 54.320.000)**

**Elaboró: JAIME AYALA RODRIGUEZ**

**Administrador Parque Cementerio Nuestra Señora del Carmen.**

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **ARNULFO GILBERTO CALPA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.887.016, con certificado de defunción No. **5620058602** boveda No. **1880.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO

## LICENCIA DE INHUMACIÓN, CREMACIÓN O TRASLADO

No. 389-09.7077

Fecha de Expedición: Día 24 Mes 09 Año 12

Bóv II 1880 B-

ALCALDÍA DE PASTO
Transparencia, Participación, Honestidad

**LUGAR DE EXPEDICIÓN**

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

**No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:** 2209562005860Z

**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Leonardo Cortes Valdivieso

**DATOS DEL FALLECIDO**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado) |
|---|---|---|---|---|
| Calpa | - | Arnulfo | Gilberto | X |

**AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION:** Cabecera Mpal. / Centro Poblado / Inspección Corregimiento Caserío / Rural Disperso

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO** (Como aparece en Dcto. de Identidad): (Tipo Dcto) CC 1 998 016

**FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO:** Día 08 Mes 06 Año 1929

**TIPO DE DEFUNCIÓN:** FETAL ☐ / NO FETAL ☒

**FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCION:** Año 2012 / Mes 09 / Día 26

**HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION:** Hora 08 / Minutos 06 / Sin establecer ☐

**MANERA DE MUERTE:** Natural ☒ / Violenta (Med. Leg.) ☐ / En estudio ☐

**DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Hernan Arevilio Mora Fernandez

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:** (Tipo Dcto) CC 13068770

TARJETA PROFESIONAL:

**PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION:** Médico ☒ / Enfermero (a) ☐ / Aux de Enfermera ☐ / Promotor de Enfermera ☐

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 26 Mes 09 Año 2012

SE CONCEDIO PERMISO PARA ☒ INHUMAR, ☐ CREMAR, O ☐ TRASLADAR EL CADAVER EN: Cementerio Central Ejidal

**FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA**

Jesus Mauricio

FIRMA

LEY 66 DE 1916 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACIÓN DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

ORIGINAL CLIENTE PARA ENTREGA AL CEMENTERIO

2

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Bdv # 1880B

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 10505527

*10505527*

**Datos de la oficina de registro**

| Clase de oficina: | Registraduría | | Notaría | X | Consulado | | Corregimiento | | Insp. de Policía | | Código | L | 2 | W |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO NOTARIA 2 PASTO * * * * * * * * * * * * * * *

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

CALPA ARNULFO GILBERTO * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| CC No. 1887016 * * * * * * * * * * * * * * * | MASCULINO * * * * * * * * |

**Datos de la defunción**

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Fecha de la defunción | | | | | | | | | | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 2 | Mes | S E P | | Día | 2 6 | 08:00 | 22095620058602 * * * * * |

**Presunción de muerte**

| Juzgado que profiere la sentencia | Fecha de la sentencia |
|---|---|
| * * * * * * * * * * * * * * * * * * | Año Mes Día |

| Documento presentado | | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | MARIO FERNANDO MORAN TRUJILLO - MEDICO * * * * * * * * * * * * * * |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

CASTRO LEONARDO IGNACIO * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 98337429 * * * * * * * * * * * * * * | |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * | * * * * * * * * * * * * * * * |

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

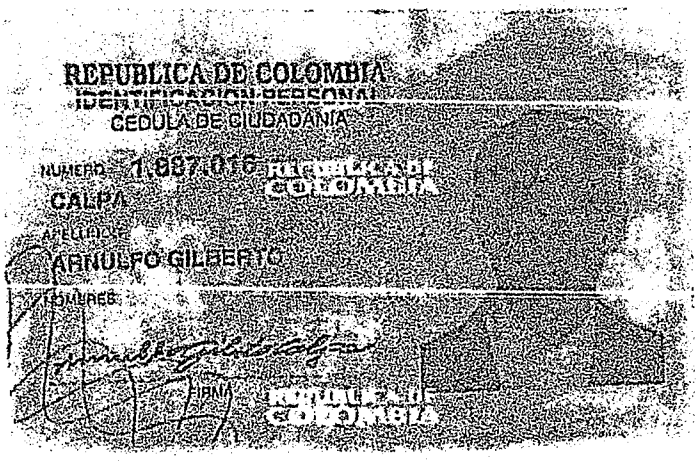
| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * | * * * * * * * * * * * * * * * |

| Fecha de inscripción | | | | | | | | | | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 2 | Mes | S E P | | Día | 2 6 | MIRIAM CONSUELO LASSO MEDINA |

**ESPACIO PARA NOTAS**

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

cadena s.a.



REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.687.016

CALPA

APELLIDOS

ARNULFO GILBERTO

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1929

OSPINA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

19-FEB-1955 SAPUYES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00150471-M-0001687016-20090603 0012120026A 1 6810015082

PASTO
LA GRAN CAPITAL
ALCALDÍA MUNICIPAL

SUBSECRETARÍA DE
GESTIÓN Y PROYECTOS

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **MARCIO ALFREDO PEÑAFIEL,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.010.051.353, con certificado de defunción No. **5320057032** boveda No. **1931.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO
# LICENCIA DE INHUMACIÓN. CREMACIÓN O TRASLADO

No. 394-09-2022

Fecha de Expedición: Día 27 | Mes 09 | Año 22

Baluarte 1931B

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: Z2095320057032

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

**LUGAR DE EXPEDICIÓN**

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

APELLIDO(S) NOMBRE(S): RIASCOS JOSÉ FUNERARIA LA INMACULADA.

**DATOS DEL FALLECIDO**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO |
|---|---|---|---|---|
| PEDAFIEL | — | MARCIO | ALFREDO | Masculino [X] Femenino [ ] Intersexual [ ] |

**AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION**

- [X] Cabecera Mpal.
- [ ] Centro Poblado (Inspección o Corregimiento Cuenca)
- [ ] Rural Disperso

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO** (Como aparece en Dcto. de identidad)

(Tipo Dcto) CC 1.050.051.353

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 06 | Mes 03 | Año 1943

**TIPO DE DEFUNCIÓN**

- [ ] FETAL
- [X] NO FETAL

**FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

Año 2022 | Mes 09 | Día 24

**HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

Hora 14 | Minutos 40 | [ ] SIN ESTABLECER

**PROBABLE MANERA DE MUERTE**

- [X] Natural
- [ ] Violenta (Med. Leg.)
- [ ] En estudio

**DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**

APELLIDO(S) NOMBRE(S): VALLEJO BENAVIDES JUAN SEBASTIAN

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**

(Tipo Dcto) CC 1085519069

TARJETA PROFESIONAL:

**PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**

- [ ] Médico
- [ ] Enfermero (a)
- [ ] Aux de Enfermería
- [ ] Promotor de Enfermería

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO Día 24 | Mes 09 | Año 2022

SE CONCEDIO PERMISO PARA: [X] INHUMAR. [ ] CREMAR. O [ ] TRASLADAR EL CADÁVER EN: I.P.H. CEMENTERIO CENTRAL EL CARMEN

**FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA**

HECTOR MAURICIO P.
FIRMA

LEY 66 DE 1916 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACIÓN DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

3

Bdv #
1931B

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**22095320057032**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | |
|---|---|---|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN<br>Departamento<br>NARIÑO | Municipio<br>PASTO | |
| ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN<br>Área<br>Cabecera Municipal | Centro Poblado(Inspección, corregimiento o caserío) | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN<br>No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>2022-09-24 | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>11:40:00 |
| SEXO DEL FALLECIDO<br>Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | Número de documento<br>1010051353 |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)<br>Primer apellido<br>PEÑAFIEL | Segundo apellido | Primer nombre<br>MARCIO / Segundo nombre<br>ALFREDO |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE<br>Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO<br>Pertenencia étnica<br>Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | | Número de documento<br>1085319069 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR<br>Primer apellido<br>VARGAS | Segundo apellido<br>BENAVIDES | Primer nombre<br>JUAN | Segundo nombre<br>SEBASTIAN |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN<br>Médico | | REGISTRO PROFESIONAL<br>1085319069 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento<br>NARIÑO | | Municipio<br>PASTO | |
| FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día<br>2022-09-24 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2022-09-24 11:58

Código verificación: F9DB-800E-438C-46FB

Bóv
1931 B

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.051.353

PEÑAFIEL
APELLIDOS

MARCO ALFREDO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1943
LINARES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

02-NOV-2006 LINARES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2308200-53159391-M-1010051353-20080707 00499 08189A 01 216667511

PASTO
LA GRAN CAPITAL
ALCALDÍA MUNICIPAL

SUBSECRETARÍA DE
GESTIÓN Y PROYECTOS

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **ALONSO BOLIVAR ALTAMIRANO,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.266.493, con certificado de defunción No. **7320031924** boveda No. **704.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO

## LICENCIA DE INHUMACIÓN, CREMACIÓN O TRASLADO

No. 2246 0972

Fecha de Expedición: Día 25 Mes 11 Año 22

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2 3 1 0 7 3 2 0 0 3 1 9 - 4

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Carlos Eduardo Fajardo Montenegro

DATOS DEL FALLECIDO

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado) |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] | | [illegible] | | |

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Natural / Violenta (Med. Leg.) / En estudio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Dato. de Identidad): CC [illegible]

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]

TIPO DE DEFUNCIÓN: PETAL ☐ NO FETAL ☑

FECHA QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 2012 2 AÑO; [illegible] MES; 23 DÍA

HORA QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 21 HORA; 30 MINUTOS

MANERA DE MUERTE: Natural ☐ Violenta (Med. Leg.) ☑ En estudio ☐

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

NOMBRE(S): [illegible]

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC [illegible]; TARJETA PROFESIONAL [illegible]

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Medico ☑ Enfermero(a) ☐ Auxiliar de Enfermería ☐ Promotor de Enfermería ☐

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: [illegible] MUNICIPIO: [illegible] Día 23 Mes 11 Año 2012

CONCEDE PERMISO PARA: INHUMAR ☑ CREMAR ☐ O TRASLADAR EL CADAVER EN: Cementerio [illegible]

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA

Firma

LEY 66 DE 1916 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACION DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 10344202

## Datos de la oficina de registro

| Clase de oficina: Registraduría | | Notaría | X | Consulado | | Corregimiento | | Insp. de Policía | | Código | 1 3 W |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO NOTARIA 3 PASTO

## Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

ALTAMIRANO ALONSO BOLIVAR

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| CC No. 1085266493 | MASCULINO |

## Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA NARIÑO - PASTO

| Fecha de la defunción | | | | | | | | | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 0 2 2 | Mes | O C T | Día | 2 3 | | | | 14:30 | |

**Presunción de muerte**

| Juzgado que profiere la sentencia | Fecha de la sentencia | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Año | | | | Mes | | | Día | |

| Documento presentado | | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | | |

## Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

CASTRO LEONARDO IGNACIO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 98337429 | |

## Primer testigo

Apellidos y nombres completos

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

## Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | | | | | | | | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 0 2 2 | Mes | O C T | Día | 2 5 | | | DIEGO ANDRES MONTENEGRO |

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: FC 2022025B2 GRUPO INV CRIMINALISTICA SIEM MEDAS
23/10/2022; 25/10/2022

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **ANGEL DIONICIO BOLAÑOS PINZOBN,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.262.809, con certificado de defunción No. **2020086241** boveda No. **1832.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO

## LICENCIA DE INHUMACIÓN. CREMACIÓN O TRASLADO

No. 327-10-2022

Fecha de Expedición: Día 30 Mes 10 Año 22

Bov # 1932 B

Cel alcalde

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICION

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

NUMERO: 2210200086241

NOMBRE DEL SOLICITANTE: SANTACRUZ DIEGO FUNERARIA LOS ANGELES

DATOS DEL FALLECIDO

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO |
|---|---|---|---|---|
| BOLAÑOS | PINZON | ANGEL | DIONISIO | Masculino X Femenino |

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: Rural

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO: CC 1085262809

FECHA DE NACIMIENTO: Día 21 Mes 01 Año 1987

FECHA DE LA DEFUNCION: Día 28 Mes 10 Año 2022

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION: 15 HORA 00 MINUTOS

MANERA DE LA MUERTE: Natural X; Accidental; Violenta; En estudio

APELLIDOS Y NOMBRES DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION: VALLEJO BOLAÑOS HECTOR JONATHAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC 87219591 570202-10

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION: Medico X; Enfermero; Auxiliar Enfermeria; Promotor Salud

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO: PARCIAL PASTO Día 29 Mes 10 Año 2022

DESTINACION FINAL: U.D.I. CEMENTERIO CENTRAL EL CARMEN

FIRMA Y SELLO AUTORIDAD COMPETENTE: Secretaria Salud

LEY 66 DE 1918 EL [illegible] DEBE SOLICITAR LA [illegible] ANTES DE [illegible] SIN ESTA AUTORIZACION

QUE DEBE CONSERVARSE PARA EL [illegible] DE LA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

Bov # 1832,

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**2210202008624 1**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

**ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | 2022-10-28 | 15:00:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1085262809 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| BOLAÑOS | PINZON | ANGEL | DIONICIO |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| En estudio | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 87219391 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| VALLEJO | BOLAÑOS | HECTOR | JONATTAN |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 520202/10 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2022-10-29 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2022-10-29 15:26

**Código verificación: B9D8-B830-0381-791B**

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **LUIS ALFREDO CERON CAÑAVERAL,** identificado con cedula de ciudadanía No. 12.969.580 con certificado de defunción No. **4420091049** boveda No. **742.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO.

## LICENCIA DE INHUMACIÓN. CREMACIÓN O TRASLADO

No. 050-11.2022

Fecha de Expedición: Día 05 Mes 11 Año 22

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2211442000910A9

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): HANAVER GERALDINE ALEXANDRA - NIETA-

DATOS DEL FALLECIDO

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado) |
|---|---|---|---|---|
| CERON | CAPAVERAL | LUIS | ALFREDO | X |

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: [X] Cabecera Mpal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Dcto. de Identidad): CC 12.969.580

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 17 Mes 12 Año 1959

TIPO DE DEFUNCION: [ ] FETAL [X] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Año 2022 Mes 11 Día 03

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: 21 Horas 10 Minutos

MANERA DE LA MUERTE: [X] Natural [ ] Violenta (Modalidad) [ ] En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): LOZADO YELA DANIEL FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC 1085286568 (Tipo Dcto) TARJETA PERSONAL

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION: [X] Medico [ ] Enfermero (a) [ ] Auxiliar de Enfermería [ ] Promotor de Enfermería

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO Día 03 Mes 11 Año 2022

SE CONCEDIO PERMISO PARA [X] INHUMAR, [ ] CREMAR, O [ ] TRASLADAR EL CADAVER EN: JDM. CEMENTERIO CENTRAL EL CARMEN

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: HECTOR A. PAZMIÑO. Firma

LEY 66 DE 1946 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACIÓN DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

DOY CC alcaldía

142B

6

Bdv # 742 B
Cxl alcaldía

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
## ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**2211442009104 9**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

**ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | 2022-11-03 | 21:10:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 12969560 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| CERON | CAÑAVERAL | LUIS | ALFREDO |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1085286568 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| LOZANO | YELA | DANIEL | FERNANDO |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1085286568 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2022-11-03 | 1085286568 |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-11-03 21:20

Código verificación: 13FA-8C98-A97F-8558

BOV # 742 B

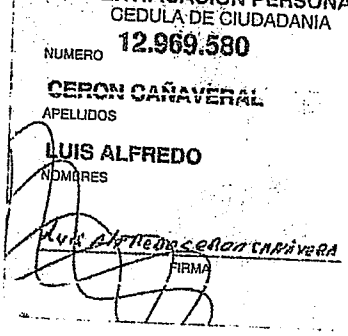
CxC alcaldia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.969.580

CERON CAÑAVERAL
APELLIDOS

LUIS ALFREDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1959
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

22-DIC-1977 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALVAREATRIZ REMOFO LOPEZ

A-2300100-53137041-M-0012969580-20051108 04126 05312A 02 198690881

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **HUMBERTO BERTARIO ALMEIDA RUIZ,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.864.264, con certificado de defunción No. **9020098711** boveda No. **661.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO

## LICENCIA DE INHUMACIÓN. CREMACIÓN O TRASLADO

Bóv # 6615

Fecha de Expedición: Día 14 | Mes 12 | Año 2012

No. _____

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 22119076098711

ALCALDÍA DE PASTO
Legalidad Participación Honestidad

**LUGAR DE EXPEDICIÓN**

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Luis Rosa - las Lajas.

**DATOS DEL FALLECIDO**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO (M / F / I) |
|---|---|---|---|---|
| Alvarez | Ruiz | Manuel | Mariano | M |

**AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION**

- [ ] Cabecera Mpal
- [ ] Centro Poblado (Especifique)
- [ ] Rural Disperso

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO** (Como aparece en Doto. de Identidad)

(Tipo Doto) CC 18641764

**FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO**: Día 10 | Mes 09 | Año 1917

**TIPO DE DEFUNCION**

- [ ] FETAL
- [x] NO FETAL

**FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCION**: Año 2012 | Mes 12 | Día 13

**HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**: Hora 11 | Minutos 01 | [ ] SIN ESTABLECER

**PROBABLE MANERA DE MUERTE**

- [x] Natural
- [ ] Violenta (Med. Leg.)
- [ ] En estudio

**DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**

| APELLIDO(S) NOMBRE(S) | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION |
|---|---|---|
| Alvarez Salazar Edgar | (Tipo Doto) CC 5760690 / TARJETA PERSONAL 571109 | [x] Médico [ ] Enfermero (a) [ ] Jefe de Enfermería [ ] Promotor de Enfermería |

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 14 | Mes 12 | Año 2012

SE CONCEDIO PERMISO PARA [x] INHUMAR, [ ] CREMAR, O [ ] TRASLADAR EL CADAVER EN: cementerio central el carmen

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: Jesus Araujo (FIRMA)

LEY 66 DE 1916 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACIÓN DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

COPIA ADMINISTRACION DE CEMENTERIO - COPIA OFICINA EXPEDIDORA

Bov # 661 B

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
## ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

661

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**2211902009871 1**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

### I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | 2022-11-13 | 11:00:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1864264 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ALMEIDA | RUIZ | HUMBERTO | BERTARIO |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

### II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 5207090 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| Narvaez | Solarte | Erbin | Torbin |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 521109 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| Año - Mes - Día | |
| 2022-11-13 | Erbin Narvaez S. (Médico) Reg-52-1109 |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-11-13 11:18

Código verificación: 9A22-5724-06C0-6FF8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

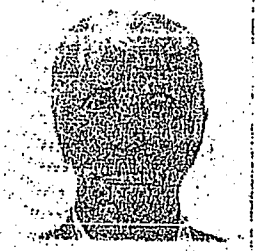
NUMERO 1.864.264

ALMEIDA RUIZ

APELLIDOS

HUMBERTO BERTARIO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1929

MALLAMA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

24-NOV-1955 MALLAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2305100-00246739-M-0001864264-20100729 0023097324A 3 34664016

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO
EMSSANAR E.S.S. CODIGO 110
RESOLUCION 0150 DE 22 DE 1996 SUPERSALUD
NIT : 814000337 -1

| DOCUMENTO | FICHA | DEPTO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| CC 1864264 | 79139 | NARIÑO | PASTO |

| NOMBRES | APELLIDOS |
|---|---|
| HUMBERTO BERTARIO | ALMEIDA RUIZ |

| FECHA NACIMIENTO | SEXO | SUPERVIVENCIA DISCAPACIDAD |
|---|---|---|
| 20/08/1929 | M | OTRAS ETNIAS NO APLICA |

| FECHA AFILIACION | DIRECCION | LOCALIDAD |
|---|---|---|
| 01/04/2006 | MZ 5 CS 18 | SIN LOCALIDAD |

POS-S

415200112041 3

NIVEL SISBEN 1

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **ANTONIO PEREZ MENDOZA,** identificado con cedula de ciudadanía No. 73.352.812, con certificado de defunción No. **4120081509** boveda No. **1836.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

**Codigo de verificación**
**725709111**

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 73.352.812 |
| Fecha de Expedición: | 7 DE ENERO DE 1999 |
| Lugar de Expedición: | TURBANA - BOLIVAR |
| A nombre de: | ANTONIO PEREZ MENDOZA |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 09 de Diciembre de 2022

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 9 de noviembre de 2022

**RAFAEL ROZO BONILLA**
Coordinador Centro de Atención e Información Ciudadana

---

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**2210412008150 9**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

**ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | 2022-10-23 | 19:10:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 73352812 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| PEREZ | MENDOZA | ANTONIO | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 27082799 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| AGUIRRE | SANTIUSTY | LILIANA | |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 253805 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| Año - Mes - Día | |
| 2022-10-23 | Liliana Aguirre Santiusty |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2022-10-23 20:22

Código verificación: E024-E319-9C63-C594

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **ELADIO JOSE MARIA PANTOJA DIAZ,** identificado con cedula de ciudadanía No. 12.985.561, con certificado de defunción No. **1420104676** boveda No. **1015.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
## ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**2211420104676**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

### I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

**ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | 2022-11-19 | |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 12985561 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| PANTOJA | DIAZ | ELADIO | JOSE MARIA |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

### II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 59314842 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ROSERO | BENITEZ | VIVIANA | |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 59314842 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| Año - Mes - Día | |
| 2022-11-20 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-11-20 16:34

Código verificación: 2045-DF1A-3E1A-C67B

Powered by CamScanner

CxCol Bav #1015 B. C

Código modificación: 2015-DF1A-3E

# ...A DE SALUD - PASTO

## ...A DE INHUMACIÓN,

## ...CIÓN O TRASLADO

Fecha de Expedición
Día 16 Mes 11 Año 2022

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
2211411A2012467

ALCALDIA DE
Departamento - Municipio

NOMBRE DEL SOLICITANTE
APELLIDO(S) [illegible] NOMBRE(S) [illegible]

DATOS DEL FALLECIDO

| Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Cédula de Ciudadanía, Tarjeta de Identidad) | TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|---|
| Tipo Doc. | FETAL / NO FETAL | Año 2022 Mes [illegible] Día [illegible] | [illegible] |

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO
Día [illegible] Mes [illegible] Año [illegible]

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA |
|---|---|---|
| [illegible] | Tipo Doc. / TARJETA PROF. | [illegible] |

EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
MUNICIPIO: [illegible] Día 16 Mes 11 Año 2022

15 INHUMAR ☐ CREMAR, o ☐ TRASLADAR EL CADÁVER DE [illegible]

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA [illegible]

FIRMA

§ 1 § EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRÁ LA INHUMACIÓN DE CADÁVERES SIN ESTA LICENCIA.
QUE DEBE CONSERVARSE EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **SIMEON LOPEZ BUITRON,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.494.892, con certificado de defunción No. **5320110728** boveda No. **798.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

29 - NOV - 2022

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO
# LICENCIA DE INHUMACIÓN. CREMACIÓN O TRASLADO

No. 280 - 11 - 2022

Fecha de Expedición
Día 28 Mes 11 Año 22

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 2211332011072 8

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

**LUGAR DE EXPEDICIÓN**

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Rivas Jose - Fundacion Misericordia Divina

**DATOS DEL FALLECIDO**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado) |
|---|---|---|---|---|
| LOPEZ | BUTRON | SIMEON | | X |

**AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION**
- [ ] Cabecera Mpal.
- [X] Centro Poblado — Inspección Corregimiento Cascajal
- [ ] Rural Disperso

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO** (Como aparece en Dcto. de Identidad)
(Tipo Dcto) 1 ..... 1.691.892

**FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO** Día 12 Mes 04 Año 1979

**TIPO DE DEFUNCIÓN**
- [ ] FETAL
- [X] NO FETAL

**FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**
Año 2022 Mes 11 Día 12

**HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**
Hora 11 Minutos 30
- [ ] SIN ESTABLECER

**MANERA DE LA MUERTE**
- [X] Natural
- [ ] Violenta (Mod. Leg.)
- [ ] En estudio

**DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**

| APELLIDO(S) NOMBRE(S) | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION |
|---|---|---|
| Usamg Rivas Gerardine Tiffany | (1) (Tipo Dcto) 1.003.324.397 TARJETA PROFESIONAL ..... | [ ] Médico [ ] Enfermero (a) [ ] Aux de Enfermería [ ] Promotor de Enfermería |

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 29 Mes 11 Año 2022

SE CONCEDIO PERMISO PARA [X] INHUMAR. [ ] CREMAR. O [ ] TRASLADAR EL CADÁVER EN: Jardines Cementerio Central

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA
HECTOR HUGO R.
FIRMA

LEY 66 DE 1916 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACIÒN DE CADAVERES SIN ESTA LICÈNCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÒN DEL CEMENTERIO

ORIGINAL: OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

10

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**2211532011072B**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN<br>Departamento<br>NARIÑO | | Municipio<br>PASTO | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Área<br>Cabecera Municipal | | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN<br>No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>2022-11-27 | | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>14:00:00 |
| SEXO DEL FALLECIDO<br>Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | | Número de documento<br>1484892 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | BUITRON | SIMEON | |

| | | |
|---|---|---|
| PROBABLE MANERA DE MUERTE<br>Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO<br>Pertenencia étnica<br>Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | | | Número de documento<br>1085324597 |

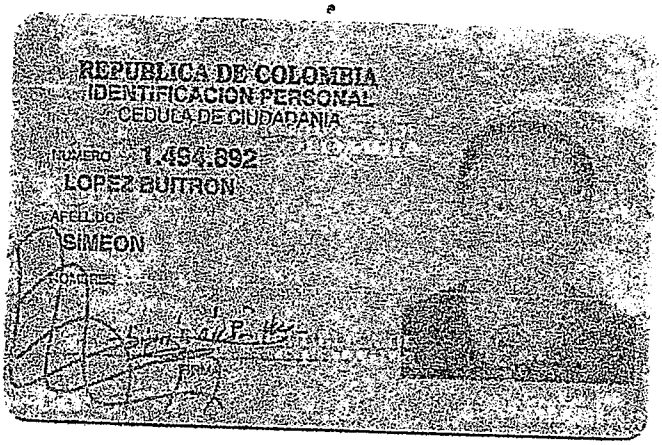
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| USAMAG | RIASCOS | GERALDINE | ESTEFANY |

| | |
|---|---|
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN<br>Médico | REGISTRO PROFESIONAL<br>1085324597 |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento<br>NARIÑO | Municipio<br>PASTO |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día<br>2022-11-27 | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-11-27 15:51

Código verificación: FA47-FE8B-1271-317E



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.454.892

LOPEZ BUITRON

APELLIDOS

SIMEON

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1928

MERCADERES
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

07-OCT-1960 PATIA (EL BORDO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2308000-00153267-M-0001494892-20090319 0010455838A 1 26020902

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **SIGIFREDO ORTIZ RENGIFO,** identificado con cedula de ciudadanía No. 98.400.807, con certificado de defunción No. **8920113700** boveda No. **1188.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# SECRETARIA DE SALUD - PASTO

## LICENCIA DE INHUMACIÓN, CREMACIÓN O TRASLADO

No. 021.02.7078.

Fecha de Expedición: Día 07 | Mes 12 | Año 22

ALCALDÍA DE PASTO
Legalidad - Participación - Honestidad

**LUGAR DE EXPEDICIÓN**

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2217897011370

**NOMBRE DEL SOLICITANTE**

APELLIDO(S) NOMBRE(S)

Pr. Los Nemenque los Lojas.

**DATOS DEL FALLECIDO**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado) |
|---|---|---|---|---|
| Ortiz. | Benavides. | Segundo | - s - | X |

**AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION**: [ ] Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO** (Como aparece en Docto. de Identidad): CC 98.400.867.

**FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO**: Día 04 | Mes 04 | Año 1964

**TIPO DE DEFUNCION**: [ ] FETAL [X] NO FETAL

**FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCION**: Año 2022 | Mes 12 | Día 30

**HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION**: Hora 15 | Minutos 13 | [ ] Sin establecer

**PROBABLE MANERA DE MUERTE**: [X] Natural [ ] Violenta (Med. Leg.) [ ] En estudio

**DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Enrique Yacelga Jenny

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**: CC 36754557

**PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION**: [X] Medico [ ] Enfermero (a) [ ] Jefe de Enfermeria [ ] Promotor de Enfermeria

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

DEPARTAMENTO: Nariño | MUNICIPIO: Pasto | Día 07 | Mes 12 | Año 2022

SE CONCEDIO PERMISO PARA: [X] INHUMAR, [ ] CREMAR, O [ ] TRASLADAR LA CADAVER EN: Comunidad central el carmen

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: Jesus Arevalo

FIRMA

LEY 66 DE 1979 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACIÓN DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

ORIGINAL: OFICINA EXPENDEDORA - COPIA: ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

CXC
Bol
Bov
1188
B

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 98.400.807
ORTIZ RENGIFO
APELLIDOS
SIGIFREDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1969
SAN LORENZO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

24-SEP-1996 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2300100-00775385-M-0098400807-20151215 0047716316G 1 6833625661

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**22128920113700**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

**ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | 2022-11-30 | 18:53:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 98400807 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ORTIZ | RENGIFO | SIGIFREDO | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 36754552 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ENRIQUEZ | YAGUE | JENNIE | ANDREA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 994705 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Dia | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2022-12-01 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-12-01 07:50

Código verificación: C0EE-57D4-4F46-5C91

PASTO
LA GRAN CAPITAL
ALCALDÍA MUNICIPAL

SUBSECRETARÍA DE
GESTIÓN Y PROYECTOS

San Juan de Pasto, 15 de Diciembre 2022

Señores:
**CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
L. C.

Asunto: Servicio de Inhumación

Cordial Saludo:

De conformidad con el contrato No. **20220961** suscrito entre la Alcaldía Municipal de Pasto - Secretaria de Bienestar Social y **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** respetuosamente solicito a usted los servicios de Inhumación para el señor: **JOSE NEMESIO MARCILLO SANCHEZ**, identificado con cedula de ciudadanía No. 12.952.356, con certificado de defunción No. **5420109470** boveda No. **751.**

Atentamente,

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y proyectos
Alcaldía de Pasto.

Anexos: Certificado defunción, copia cedula difunto, copia cedula del doliente (si se tiene).

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**2211542010947O**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

**ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

| Área | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | 2022-11-26 | 05:55:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 12952356 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MARCILLO | SANCHEZ | JOSE | NEMESIO |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1085265634 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ASCUNTAR | CAICEDO | LUIS | MAURICIO |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 52-0799 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| Año - Mes - Día | |
| 2022-11-26 | Mauricio Ascuntar C |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-11-26 09:27

Código verificación: 26F5-D038-948D-8B3E

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

# HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

**891200528**

Fecha de Impresión: sábado, 26 de noviembre de 2022 08:51



## ORDEN DE SALIDA - FACTURACIÓN 37893

## DATOS DE LA ATENCIÓN

**INGRESO No**

**1184228**

**Fecha y Hora Ingreso** 25 de noviembre de 2022 17:41 **Fecha y Hora Egreso** 26 de noviembre de 2022 08:50

**Historia Clinica:** 645376 **Cama** 122 **Area Egreso** URGENCIAS PROCEDIMIENTOS

**Médico que Genera Egreso**

LUIS MAURICIO ASCUNTAR CAICEDO

**Entidad Responsable de Pago** MALLAMAS EPS INDIGENA

## DATOS PERSONALES DEL PACIENTE QUE EGRESA

**Identificación Paciente** 12952356 JOSE NEMESIO MARCILLO SANCHEZ

**Edad** 75 Años / 0 Meses / 12 Días **Sexo** Masculino

**Municipio** SAN JUAN DE PASTO (NARIÑO) **Barrio** SAN JUAN DE LOS PASTOS

**Direccion** SIN DATOS PACIENTE INCONSIENTE **Telefono** SIN DATOS

YO, ABAJO FIRMANTE COMO PACIENTE Y/O ACUDIENTE RESPONSABLE: DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE HE RECIBIDO A SATISFACCIÓN; LAS VALORACIONES Y ESTUDIOS POR TRABAJO SOCIAL QUE DEMUESTRAN MI CONDICIÓN SOCIOECONOMICA, AL IGUAL QUE LOS SERVICIOS DE SALUD DE INTERNACIÓN, DE ACUERDO AL TRATAMIENTO INTEGRAL COMO (MEDICAMENTOS, AYUDAS DIAGNOSTICAS, APOYO TERAPEUTICO ETC), SEGÚN LO INDICADO POR EL MEDICO TRATANTE Y COMO CONSTA EN LA HISTORIA CLINICA.

LO ANTERIOR DANDO ESTRICTO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 3047 2008, ANEXO TECNICO 5 COMO COMPROBANTE RECIBIDO DEL USUARIO.

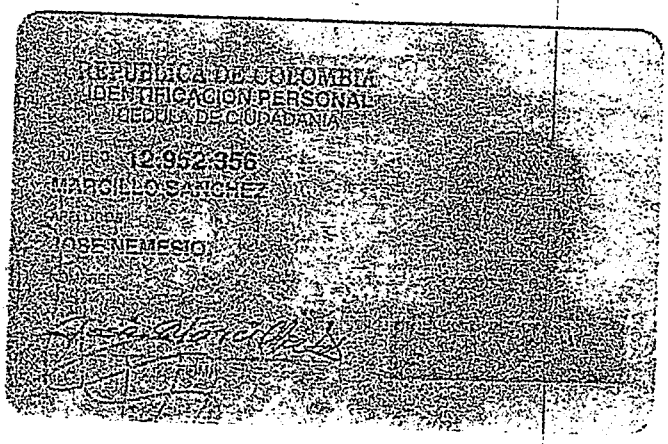
**Funcionario de Facturación**

DOUENDI

**Firma y/o Huella del Paciente o Acudiente Resposable**

**Doc. de Identificación**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.
PUEDE SALIR
PAZ Y SALVO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
12.952.356
MARCILLO SANCHEZ
JOSE NEMESIO

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | PARQUE CEMENTERIO NUESTRA SENORA DEL CARMEN |
| IDENTIFICACION: | NI-800255077 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2022-11-22 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2022-11-21 |
| FECHA DE PAGO: | 2022-11-17 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERIODO PENSION: | 2022-10 |
| PERIODO SALUD: | 2022-11 |
| NUMERO PLANILLA: | 24831579 |
| TOTAL COTIZANTES: | 4 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 24831579 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 503.700 | $ 503.700 |
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 146.900 | $ 146.900 |
| Subtotal Salud | | 2 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 650.600 | $ 650.600 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 832.600 | $ 832.600 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 832.600 | $ 832.600 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 54.500 | $ 54.500 |
| Subtotal ARL | | 1 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 54.500 | $ 54.500 |
| CCF35 | 891280008 | CCF DE NARINO | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.200 | $ 208.200 |
| Subtotal CCF | | 1 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.200 | $ 208.200 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 104.200 | $ 104.200 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 156.300 | $ 156.300 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.006.400 | $ 2.006.400 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 20/12/2022 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | PARQUE CEMENTERIO NUESTRA SENORA DEL CARMEN |
| IDENTIFICACION: | NI-800255077 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2022-10-12 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2022-10-20 |
| FECHA DE PAGO: | 2022-10-12 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERIODO PENSION: | 2022-09 |
| PERIODO SALUD: | 2022-10 |
| NUMERO PLANILLA: | 24547379 |
| TOTAL COTIZANTES: | 4 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 24547379 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 485.400 | $ 485.400 |
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 139.600 | $ 139.600 |
| Subtotal Salud | | 2 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 625.000 | $ 625.000 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 800.000 | $ 800.000 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 800.000 | $ 800.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 52.400 | $ 52.400 |
| Subtotal ARL | | 1 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 52.400 | $ 52.400 |
| CCF35 | 891280008 | CCF DE NARINO | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.100 | $ 200.100 |
| Subtotal CCF | | 1 | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.100 | $ 200.100 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 100.200 | $ 100.200 |
| AICBF | 899999239 | ICBF | 4 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 150.000 | $ 150.000 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.927.700 | $ 1.927.700 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 21/11/2022 |

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con NI-800255077 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Período pensión: | 2022-08 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 4 | 0 | 818.700 | 0 | 818.700 |
| Período salud: | 2022-09 | EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | 0 | 139.600 | 0 | 139.600 |
| Planilla Nro.: | 24292558 Tipo E | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 3 | 0 | 500.000 | 0 | 500.000 |
| Clase de aportante: | B | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 4 | 0 | 53.600 | 0 | 53.600 |
| Fecha transacción: | 2022-09-12 | CCF35 | 891280008 | CCF DE NARINO | 4 | 0 | 204.800 | 0 | 204.800 |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL | PASENA | 899999034 | SENA | 4 | 0 | 102.500 | 0 | 102.500 |
| Transacción: | 1649659720 | PAICBF | 899999239 | ICBF | 4 | 0 | 153.600 | 0 | 153.600 |
| | | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | GRAN TOTAL | | | $ 1.972.800 |

PAGADO

Original.

| ALCALDÍA DE PASTO | PROCESO GESTION FINANCIERA | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE DEL FORMATO<br>CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS | | | |
| | VIGENCIA<br>02-Ene-19 | VERSIÓN<br>04 | CODIGO<br>GF-F-007 | CONSECUTIVO |

| No. DE LISTA: | No. DE ORDEN : |
|---|---|

1. El (La) suscrito (a) Secretario de BIENESTAR SOCIAL

**CERTIFICA**

2. NOMBRE DEL PROYECTO: " **FORTALECIMIENTO AL PROGRAMA RECUPERANDO MI HOGAR ENTORNO AMABLE VIGENCIA 2022 EN EL MUNICIPIO DE PASTO".**

3. El (a) contratista, relacionado a continuación, cumplió las obligaciones contractuales estipuladas en el :
TIPO DE CONTRATO: **ARRENDAMIENTO** No. CONTRATO: **20220961**
Los documentos soportes del informe anexo reposan en esta dependencia y están al acceso de cualquier revisión.

4. OTRO TIPO DE DESEMBOLSO:
TRANSFERENCIA: _____
SERVICIOS PUBLICOS : _____
PRESTACIONES SOCIALES : _____
OTROS : _____

| 5. CONTRATISTA/ BENEFICIARIO: **CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN/ CARLOS SANTANDER VILLARREAL.** | 6. C.C. /NIT. **:800255077-3 – 19.080.906** |
|---|---|
| 7. VALOR DEL CONTRATO/PAGO: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE.** | 8. **$ 79.745.000.00** |
| 9. VALOR ADICIONAL AL CONTRATO: **$** | 10. VALOR TOTAL CONTRATADO: **$** |
| (valor en letras) | (valor en letras) |

| 11. FECHA INICIO | 12. FECHA TERMINACION | 13. FECHA DE SUSPENSIÒN | 14. FECHA DE REINICIO |
|---|---|---|---|
| **25-01-22** | **31-12-22** | | |

**15. OBJETO DE CONTRATO: EL ARRENDADOR EN NOMBRE PROPIO SE OBLIGA A ENTREGAR EN ARRENDATAMIENTO AL MUNICIPIO DE PASTO, EL USO Y GOCE DE BOVEDAS UBICADAS EN EL CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL CUAL SON PROPIETARIOS, UBICADO EN LA CIUDAD DE PASTO, EN LA CALLE 22 BIS No. 28-91 EN PASTO, CUYA MATRICULA INMOBILIARIA ES 24041658 DE LA OFICINA DE REGISTRO INSTRUMENTOS PUBLICOS DE PASTO,DESTINADAS A LA INHUMACION DE CADAVERES, BAJO LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE. EL INMUEBLE SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS SIGUIENTES LINDEROS: POR EL PIE DEL ORIENTE, CON TERRENO DE LA SEÑORA AMALIA ZARAMA DE LUNA, CAMINO DEL MEDIO POR EL COSTADO DERECHO, CABECERA Y COSTADO IZQUIERDO CON TERRENO DEL VENDEDOR SEÑOR ZARAMA, SEGÚN DATOS TOMADOS POR ESCRITURA PUBLICA No. 335 DE FECHA 6 DE JULIO DE 1936 DE LA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE PASTO.**

**16. VALOR Y FORMA DE PAGO**

| FECHA DEL PERIODO A PAGAR dd/mm/aa al dd/mm/aa | NUMERO DE PAGO PARCIAL (letras) | VALOR A PAGAR (En números) | VALOR A PAGAR (En letras) |
|---|---|---|---|
| **01-10-22 A 31-12-22** | **TERCER** | $ **54.320.000.00** | **CINCUENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE.** |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EJECUTADO (Acumulado) | $ **79.745.000.00** | **SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE.** |
| SALDO POR EJECUTAR | $ **0.** | **CERO.** |

| ALCALDÍA DE PASTO | PROCESO GESTION FINANCIERA | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE DEL FORMATO<br>CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS | | | |
| | VIGENCIA<br>02-Ene-19 | VERSIÓN<br>04 | CODIGO<br>GF-F-007 | CONSECUTIVO |

**17. DOCUMENTOS PRESUPUESTALES**

| | | |
|---|---|---|
| DISPONIBILIDAD PRESUPESTAL No. **2022000616—2022000674** | DE FECHA: **03-01-22—03-01-22** | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL No. **2022000808** | DE FECHA: **25-01-22** | VALOR: **79.745.000.00** |
| REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL | DE FECHA: | VALOR: |
| RUBRO PRESUPUESTAL No. **2.3.2.02.02.009-123119-2021520010073-4104-41041-4104010-20** | VALOR A AFECTAR : $ **20.985.000.00** | |
| RUBRO PRESUPUESTAL No. **2.3.2.02.02.009-124303-2021520010085-4102-41026-4102016-20** | VALOR A AFECTAR : $ **33.335.000.00** | |
| RUBRO PRESUPUESTAL No. | VALOR A AFECTAR : $ | |

PARA LOS EFECTOS LEGALES EL(a) CONTRATISTA DECLARA BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO: QUE LOS DOCUMENTOS SOPORTES DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL CONTIENEN EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIÓN, RIESGOS PROFESIONALES Y/O APORTES PARAFISCALES, CORRESPONDIENTES A LOS INGRESOS PROVENIENTES DEL CONTRATO OBJETO DEL PRESENTE PAGO. (CUANDO EL CONTRATO LO AMERITE)

**CARLOS SANTANDER VILLARREAL**
Contratista

**NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO**
Subsecretaria de Gestión y Proyectos

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, a los treinta y un días del mes de diciembre de 2022

**LEYDI ALEXANDRA JARAMILLO MARTINEZ**
Secretaria de Bienestar Social

**Espacio exclusivo para el diligenciamiento de la Secretaria de Hacienda**

Reviso: _____
Cargo: _____
Fecha: _____

**ANEXOS**

Anexar estampillas. (Son exentas de anexar estampillas las actuaciones contempladas en los artículos 202, 219 y 236 del Estatuto Tributario Municipal.) Informe consolidado de actividades, Recibos de pago de salud, pensión y otros cuando el contrato lo amerite.

| ALCALDÍA DE PASTO | PROCESO GESTION FINANCIERA | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE DEL FORMATO<br>CERTIFICACIÓN PAGO DE CUENTAS | | | |
| | VIGENCIA | VERSIÓN | CODIGO | CONSECUTIVO |
| | 02-Ene-19 | 04 | GF-F-007 | |

| | |
|---|---|
| Espacio para estampilla | Espacio para estampilla |

1

# PÁGUESE ÚNICAMENTE EN BANCO DE OCCIDENTE

**10064242** **20278362**

CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

800255077 Estampillas Cuenta Contratista - - cta contratista

jaimeayala1962@hotmail.com

NARIÑO

PASTO

2022-12-07 2022-12-12 Edgar Alonso Guerrero Guerrero

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PROCULTURA | En recibo | $ 0 | 0 | $ 1,000 |
| UNIVERSIDAD DE NARIÑO | En recibo | $ 0 | 0 | $ 2,600 |

20278362

**$ 3,600**

(415)0000000022178(8020)0010064242(8020)01(3900)0000003600(96)20221212