TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 8 de Marzo del 2023 **FACTURA DE VENTA**

Señor(es): Migdalia Reyes

c.c. ó Nit : 26.417.310 Mengalona 3452

Dirección: K. 6 Dig 42 Teléfono: 3019611582

Ciudad: Nueva Esperanza

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para la bebe	$170.000
	de Migdalia Reyes.	
1	Traslado	$350.000
		$520.000

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Comprador

IMPRENTA SOLEDAD * NIT:8.754.246 - 4 * CEL:3045758304 *

~~ALCALDÍA~~ MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 08/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-03-02 _

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: MILENA SOPHIA OCANDO REYES
EDAD: 5 MESES
IDENTIFICACION: C. NACIDO VIVO
NUMERO DE IDENTIFICACION: 23026010347219
NACIONALIDAD: COLOMBIANO

1- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: MIGDALIA REYES
EDAD: 26
NUMERO DE IDENTIDAD: 26417310
NACIONALIDAD: VENEZOLANA
PARENTESCO: MADRE
DIRECCION: CRA 6 #2 – 42 DG
BARRIO: NUEVA ESPERANZA ETP 2
TELEFONO: 3014611582
PETICION: ATAUD Y TRASLADO

2- OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA

1- RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
VIRGINA REYES	37	TIA			
NORBERTO	30	PADRE			

3- ASPECTO SOCIOECONOMICO

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA
ESTADO DE LA VIVIENDA: EN TABLAS
No DE HABITACIONES: 1
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 8
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: NO CUENTAN CON SERVICIOS

DINAMICA FAMILIAR

CUATRO MENORES DE EDAD, 2 TIPO DE FAMILIA. CONVIVEN DE MANERA INCOMODA.

5- RELACIONES DE FAMILIA

SE APOYAN ENTRE SI, YA QUE EN LA VIVIENDA HABITAN DOS FAMILIAS Y AL SER TAN PEQUEÑA HAY MAS ESPACIOS COMPARTIDOS QUE INDIVIDALES

6- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:

CASI NULO.

7- GRUPO QUE FRECUENTA

IGLESIA CATOLICA

8- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

EN VULNERABILIDAD

9- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

CERCA DE AGUAS CONTAMINADAS (RESIDUALES) NO CONSTA CON SERVICIO ALGUNO

10- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

11- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

POCAS, EL QUE LLEVA LA RIENDAS DEL HOGAR TIENE ACTIVIDADES COMERCIALES CON VENTA DE DULCES Y MOTOTAXISMO

12- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

SE REALIZA VISITA PSICOSOCIAL PARA EL APOYO DEL SUMINISTRO DE ATAUD YA QUE LA FAMILIA MANIFIESTA SER DE VENEZUELA Y CON NECESIDADES EN TODO ASPECTO.

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

13- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS DE LA VISITA REALIZADA SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA CONSISTENTE EN ATAUD Y TRASLADO DE MILENA SOPHIA OCANDO REYES, 5 MESES DE EDAD.

14- EVIDENCIA





Adriana Nuñez E.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ADRIANA NUÑEZ
CARGO: PSICOLOGA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23039920194071

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
ATLÁNTICO	SOLEDAD

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	2023-03-01	18:10:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Certificado de Nacido Vivo	23026010347219

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
REYES	REYES	HIJA	MIGDALIA

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 ciudadania	17849014

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TOVAR	BERARDINELLI	RAFAEL	FRANCISCO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	18876

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	SOLEDAD

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-03-01	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-03-01 19:07

Código verificación: 3D27-13E6-9434-4E3F

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

23026010347219

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 DEL NACIMIENTO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	SOLEDAD

ÁREA DEL NACIMIENTO

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

FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos
2023-02-21	12:53:00

SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo	Factor RH
Femenino	A	Positivo

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Tipo de documento	Número de documento
Documento Extranjero	VEN26417310

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
REYES		MIGDALIA	DEL CARMEN

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1046338248

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
APARICIO	REALES	JAIRO	ENRIQUE

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1046338248

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	SOLEDAD

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
2023-02-21	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-02-22 08:50

Código verificación: AC24-06CC-FEA4-1031


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 26.417.310

MM24

José Morales
Director

APELLIDOS REYES

NOMBRES MIGDALIA DEL CARMEN

FIRMA TITULAR

09-06-96 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

02-04-08 04-2018
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

3014611582
eta 2 nueva esperanza
Migdalia

JUNTA DE ACCION COMUNAL
Resolución No 0196 de 2022
Urbanización Nueva Esperanza Soledad – Atlántico

Soledad Atlántico, 03 de marzo de 2023.

Señor:
DEIBER CONRADO
Secretario de Gestión Social de la Alcaldía de Soledad
E. S. D.

YANEIDIS ESTHER MATERA URBINA mayor de edad, Identificada con la cedula de ciudadanía No 39.098.833 Presidenta de la Junta de Acción Comunal de la Urbanización Nueva Esperanza II Etapa. Soledad – Atlántico.
La Señora MIGDALIA DEL CARMEN REYES identificada con C.V. No 26.417.310, residenteen la Urbanización Nueva Esperanza II Etapa, solicita a su despacho su valiosa colaboración una ayuda para los gastos fúnebres del ataúd de su Hija MILENA SOPHIA OCANDO REYES, con la dirección CRA 6 MZ 42 Diag. A la sub estación promigas, de Urbanización Nueva Esperanza II Etapa de Soledad Atlántico, y solicita a usted de esta valiosa colaboración.

Se le agradece a usted, nos ayude a gestionar, de manera ***URGENTE*** *para poder darle sepultura digna a mi hija*

Yaneidis Matera Urbina
YANEIDIS ESTHER MATERA URBINA
C.C. No 39.098.833
Presidente J.A.C.

DIRECCION: Diag. 76D No 6-81 Urbanización Nueva Esperanza Etapa II – Soledad – Atlántico.
CELULAR No 3186661367

HISTORIA CLÍNICA No. PT 5376180 -- MIGDALIA DEL CARMEN REYES

Empresa: MIGDALIA DEL CARMEN REYES
Afiliado: PERSONA NATURAL
Fecha Nacimiento: 09/06/1996 **Edad actual :** 26 AÑOS
Sexo: Femenino **Grupo Sanguíneo:** . **Estado Civil:** Solte
Teléfono: 3014611582
Dirección: TV 2B SUR DIAG 64 17 DON BOSCO
Barrio: DON BOSCO
Departamento: ATLANTICO
Municipio: SOLEDAD
Ocupacion: AMAS DE CASA (HOGAR)
Etnia: NINGUNA
Grupo Etnico: NO APLICA
Nivel Educativo: MEDIA (5 Y 6)
Atención Especial: EMBARAZADA
Discapacidad: NO APLICA
Grupo Poblacional: VENEZOLANOS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL **Edad :** 26 AÑOS

FOLIO 72 **FECHA** 02/03/2023 15:08:46 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA
CONTROL PUERPERIO

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE DE 26 AÑOS, G6P5C1M4V2, GRUPO SANGUÍNEO O RH POSITIVO REFIERE LE REALIZARON CESÁREA SEGMENTARIA Y POMEROY MOTIVADA POR DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA (50-60%) Y PARIDAD SATISFECHA EL 21/02/2023 1 MANIFIESTA ESTAR TRISTE (REFIERE FALLECIO SU BEBE EL DIA DE AYER) ,, DIURESIS, Y DEPOSICIONES PRESENTES. NIEGA: SENSACIÓN FEBRIL, DOLOR PÉLVICO, SÍNTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, RESPIRATORIOS Y URINARIOS.

EXAMEN FÍSICO
CABEZA Y ORAL: -NORMAL. CUELLO: -NORMAL (Sin Patologia). MAMAS: TURGENTES SECRETANTES. PULMONAR: -NORMAL. CARDIACO: -NORMAL. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS HERIDA QUIRUIGICA SIN SIGNOS DE INFECCION SE RETIRA SUTURA. GENITOURINARIO: GENITALES EXTERNOS SI SANGRADOS NI SECRECIONES CERVIX POSTERIOR CERRADO UTERO INVOLUCIONADO. EXTREMIDADES INFERIORES: NORMAL

ANÁLISIS
PACIENTE DE 26 AÑOS EN SU PUERPERIO MEDIATO SECUNDARIO A CESAREA .ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA . CON INVOLUCION UTERINA SIN SANGRADOS NI SECRECIONES VAGINALES

CABE ANOTAR QUE EL EXAMEN FISICO A LA PACIENTE SE LE REALIZO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA PANDEMIA DEL COVID 19

PLAN Y MANEJO
REFUERZO RECOMENDACIONES SIGNOS Y SEÑALES DE ALARMA EXPLICADAS
SUPRESION DE LACTANCIA CON CABERGOLINA. (2TABLETA EN UNA SOLA TOMA)
CITA PRIORITARIA CON PSICOLOGIA
SEGUIMIENTO POR MEDICINA FAMILIAR

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 02/03/23 15:17:25

DIAGNÓSTICO Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS Tipo PRINCIPAL
PUERPERIO MEDIATO SECUNDARIO A CESAREA

INTERCONSULTAS
INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA Fecha de Orden: 02/03/2023 **Ordenada**

OBSERVACIONES
PACIENTE DE 26 AÑOS, G6P5C1M4V2, GRUPO SANGUÍNEO O RH POSITIVO REFIERE LE REALIZARON CESÁREA SEGMENTARIA Y POMEROY MOTIVADA POR DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA (50-60%) Y PARIDAD SATISFECHA EL 21/02/2023 1 MANIFIESTA ESTAR TRISTE (REFIERE FALLECIO SU BEBE EL DIA DE AYER)

RESULTADOS :

HUN Hospital Universidad del Norte
CONSULTA EXTERNA

HISTORIA CLÍNICA No. PT 5376180 -- MIGDALIA DEL CARMEN REYES

Empresa: MIGDALIA DEL CARMEN REYES
Afiliado: PERSONA NATURAL
Fecha Nacimiento: 09/06/1996 **Edad actual :** 26 AÑOS
Sexo: Femenino **Grupo Sanguíneo:** . **Estado Civil:** Solter
Teléfono: 3014611582
Dirección: TV 2B SUR DIAG 64 17 DON BOSCO
Barrio: DON BOSCO
Departamento: ATLANTICO
Municipio: SOLEDAD
Ocupacion: AMAS DE CASA (HOGAR)
Etnia: NINGUNA
Grupo Etnico: NO APLICA
Nivel Educativo: MEDIA (5 Y 6)
Atención Especial: EMBARAZADA
Discapacidad: NO APLICA
Grupo Poblacional: VENEZOLANOS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL **Edad :** 26 AÑOS

FOLIO 72 **FECHA** 02/03/2023 15:08:46 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA
CONTROL PUERPERIO

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE DE 26 AÑOS, G6P5C1M4V2, GRUPO SANGUÍNEO O RH POSITIVO REFIERE LE REALIZARON CESÁREA SEGMENTARIA Y POMEROY MOTIVADA POR DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA (50-60%) Y PARIDAD SATISFECHA EL 21/02/2023 1 MANIFIESTA ESTAR TRISTE (REFIERE FALLECIO SU BEBE EL DIA DE AYER) ,, DIURESIS, Y DEPOSICIONES PRESENTES. NIEGA: SENSACIÓN FEBRIL, DOLOR PÉLVICO, SÍNTOMAS NEUROHIPERTENSIVOS, RESPIRATORIOS Y URINARIOS.

EXAMEN FÍSICO
CABEZA Y ORAL: -NORMAL. CUELLO: -NORMAL (Sin Patologia). MAMAS: TURGENTES SECRETANTES. PULMONAR: -NORMAL. CARDIACO: -NORMAL. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS HERIDA QUIRUIGICA SIN SIGNOS DE INFECCION SE RETIRA SUTURA. GENITOURINARIO: GENITALES EXTERNOS SI SANGRADOS NI SECRECIONES CERVIX POSTERIOR CERRADO UTERO INVOLUCIONADO. EXTREMIDADES INFERIORES: NORMAL

ANÁLISIS
PACIENTE DE 26 AÑOS EN SU PUERPERIO MEDIATO SECUNDARIO A CESAREA .ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA . CON I INVOLUCION UTERINA SIN SANGRADOS NI SECRECIONES VAGINALES

CABE ANOTAR QUE EL EXAMEN FISICO A LA PACIENTE SE LE REALIZO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA PANDEMIA DEL COVID 19

PLAN Y MANEJO
REFUERZO RECOMENDACIONES SIGNOS Y SEÑALES DE ALARMA EXPLICADAS
SUPRESION DE LACTANCIA CON CABERGOLINA. (2TABLETA EN UNA SOLA TOMA)
CITA PRIORITARIA CON PSICOLOGIA
SEGUIMIENTO POR MEDICINA FAMILIAR

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 02/03/23 15:17:25

DIAGNÓSTICO Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS Tipo PRINCIPAL
PUERPERIO MEDIATO SECUNDARIO A CESAREA

INTERCONSULTAS
INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA Fecha de Orden: 02/03/2023 **Ordenada**

OBSERVACIONES
PACIENTE DE 26 AÑOS, G6P5C1M4V2, GRUPO SANGUÍNEO O RH POSITIVO REFIERE LE REALIZARON CESÁREA SEGMENTARIA Y POMEROY MOTIVADA POR DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA (50-60%) Y PARIDAD SATISFECHA EL 21/02/2023 1 MANIFIESTA ESTAR TRISTE (REFIERE FALLECIO SU BEBE EL DIA DE AYER)

RESULTADOS :

HUN Hospital Universidad del Norte
CONSULTA EXTERNA

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL
NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO
CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 8 de Marzo del 2023

FACTURA DE VENTA

3680

Señor(es): Fany Márquez
c.c. ó Nit: 32683474
Dirección: cll 56f #263 Teléfono: 3007163455
Ciudad: Soledad Atl. V. Sol

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para	$500.000
	Jonatha osvaldo	
	Navarro Castillo	
1	Traslado	$350.000
		$850.000

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.754.248 - 4 • CEL:3045758304

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Fany Márquez
32683474 Comprador

FECHA: 03/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-03-03

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: JHONATAN OSVALDO CANTILLO
EDAD: 27
IDENTIFICACION: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1043163615
NACIONALIDAD: COLOMBIANO

1- DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE: AMELY MARQUEZ NAVARRO
PARENTESCO: HERMANA
IDENTIFICACION: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION:
EDAD: 327
DIRECCION: CL56C #12 - 63
BARRIO: VILLA SOL
TELEFONO: 3007165455
SOLICITUD: ATAUD, TRASLADO

2- OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA

RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
ANGELA	65				
MARYORIS	78				

3- ASPECTO SOCIOECONOMICO

TIPO DE VIVIENDA: ARRENDADA
ESTADO DE LA VIVIENDA: DECADENTE
No DE HABITACIONES: 2
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 4
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: AGUA, LUZ, GAS

5- DINAMICA FAMILIAR

LA MADRE ES LA CABEZA DEL HOGAR, APARENTEMENTE ES LA QUE ECONOMICAMENTE RESPONDE POR LA FAMILIA, LA HERMANA NO VIVE DIARIAMENTE AHÍ, LA ABUELA SE ENCARGABA DEL NIETO.

6- RELACIONES DE FAMILIA

SE LLEVAN BIEN, LA ABUELA POR ALGUNA RAZON QUE SE DESCONOCE NEGO QUE SU NIETO FUERA HIJO DEL DIFUNTO.

7- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD

APARENTEMENTE NINGUNA

8- GRUPO QUE FRECUENTA

NINGUNO

9- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

LA CALLE DONDE VIVEN PARECE ACOJEDORA, AUNQUE DE CIERTA MANERA NADIE SE METE EN LA COSAS DE LOS DEMAS, A PESAR DE SER UNA CUADRA ''ESTILO CALLEJON'' NO HAY MUCHA CERCANIA POR LOS VECINOS. CALLE PAVIMENTADA, CASAS EN NO MUY BUEN ESTADO

10- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

INSEGURIDAD, HURTOS E INTENTOS DE HURTO

11- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

12- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

NIGUNA

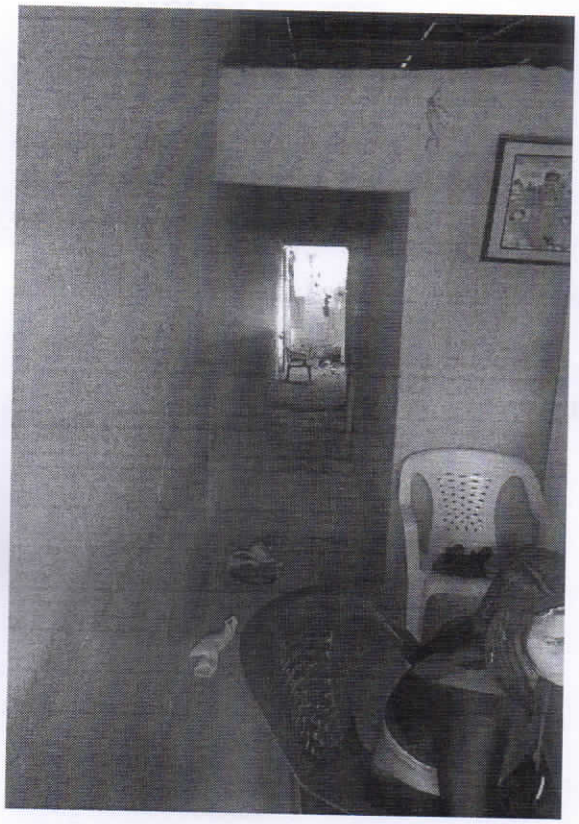
13- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

NO SE LLEVAN CON LOS VECINOS, POR LO GENERAL NO INTERACTUAN MUCHO. EL APOYO LO PRESTA SU PROPIA FAMILIA

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

14- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS DE LA VISITA REALIZADA SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA CONSISTENTE DEL ATAUD POR EL FALLECIDO JHONATAN OSVALDO CANTILLO CC.1043163615







FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ADRIANA NUÑEZ
CARGO: PSICOLOGA

Salud de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23027720192980

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
ATLÁNTICO	SOLEDAD

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	2023-02-28	03:11:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1043163615

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
NAVARRO	CANTILLO	JHONATAN	OSWALDO

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?
No natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	32780518

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GARCIA	BOLAÑO	HEIDY	ROSA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	32780518

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-02-28	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-02-28 13:42

Código verificación: 4ED9-242C-C1AB-059E



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.043.163.615
NAVARRO CANTILLO

APELLIDOS
JHONATAN OSWALDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1995
SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

14-ABR-2014 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-0305200-01103440-M-1043163615-20191018 0068382226A 1 3405867709



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.883.474

MARQUEZ NAVARRO
APELLIDOS

FANNY TERESA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1977
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
AB- G.S. RH
F SEXO

24-JUL-1996 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1505500-70152916-F-0032883474-20061017 01383 06290C 02 206342581

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
BARRIO VILLA SOL

Resolución Nº 000337 Enero 01 /2001
Personeria Juridica Nº 00196 Enero 04/ 1996
Dirección: Calle 57A # 2-40

Soledad, 2 de Marzo de 2023

SEÑORES:
DOCTOR
DEIBER CONRADO
SECRETARIO DE GESTION SOCIAL DE SOLEDAD
E.S.D.

Cordial Saludo.

El abajo firmantes **GERMAN LUNA GONZALEZ**, **PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO VILLA SOL** de Soledad, muy respetuosamente se permite certificar que el joven **JHONATAN OSWALDO NAVARRO CANTILLO**, identificado en vida con la cedula de ciudadanía **N° 1.043.163.615**, residía en el barrio en mención, en la **calle 56C #2-63** quien falleció el día **28 de febrero** del año en curso, y su familia requiere urgentemente una ayuda, en lo referente a la caja mortuoria, y si es posible se les facilite una bóveda de en el cementerio que ustedes tengan a bien, ya que carecen de recursos económicos.

Sin otro particular de ustedes, de antemano agradecido.

Att,

German Luna Gonzales
C: C: 7.483.554 de Barranquilla
Presidente de la J.A.C
Cel: 315 3684340
Dir.: Carrera 3 N° 56-78 Villa Sol

FISCALIA
GENERAL DE LA NACION

Soledad, Atlántico, 02 de marzo de 2023
F13L-2022-

SEÑORES:
NOTARIA EN TURNO
REGISTRADOR DELEGADO DEL ESTADO CIVIL
E. S. D.

ASUNTO: REGISTRO DEFUNCIÓN
CASO No. 087586001106202300528

Cordial Saludo.

Para los efectos legales del registro de defunción, me permito solicitarle se sirva ordenar a quien corresponda hacer el respectivo REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION, de la persona que a continuación le relaciono, tal como lo establece el Decreto 1260 de 1970.

NOMBRE Y APELLIDOS: **JHONATAN OSWALDO NAVARRO CANTILLO**
IDENTIFICACION: C.C No. 1.043.163.615
SEXO: MASCULINO
LUGAR DE NACIMIENTO: SOLEDAD- ATLANTICO
FECHA DE NACIMIENTO: 24/05/1995
EDAD: 27 AÑOS
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
OCUPACION: RECICLADOR

Air-e

La fuerza que transforma

Operador de Red: Air-e S.A.S. E.S.P.
Dirección: Calle 77B No. 59B 27 Barranquilla
Oficina Valle Cesar/La

NIC O CUENTA: 8032248

Documento Equivalente: 44785116
ID de Cobros: 8009645955
Fecha de Emisión: 22/11/2022

Llame al 115 ó
Desde cualquier lugar del país al 605 3725015

servicioalcliente@air-e.com

AlmEnergiaCo @Aire_energia @aire_energia

Valor a pagar

Energía	$325.430
Alumbrado Público	$10.000
Seguridad	$3.000
Aseo	$0
Total Mes	$338.430

Deuda	Anterior Consumo	Actual Consumo	Promedio Consumo
$0	142	429	287

Fecha Límite de Pago: 28/11/2022
Fecha de Corte: 29/11/2022
TOTAL A PAGAR: $338.430

DATOS DEL USUARIO Y/O SUSCRIPTOR

Titular de Pago
MARYORI CANTILLO ANDRADE
Usuario o suscriptor
MARYORI CANTILLO ANDRADE
Estrato / Clasificación: Nivel Estrato 1

Dirección de suministro
CL 54C TR 2 - 63
VILLA SOL
VILLA SOL
SOLEDAD

Dirección de Envío
CL 54C TR 2 - 63
SOLEDAD
ATLANTICO

Propiedad de Aseo: PE

NIU: 0000000000000000000000000000000030080816

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

Concepto	Tarifa ($/kWh)	Consumo (kWh)	Valor ($)
Consumo activa	841,9243	429	$361.185,52
Subsidio	505,1545	173	-$87.391,73

INFORMACIÓN DE LECTURA

Fecha Lectura Anterior: 16/10/2022 Fecha Lectura Actual: 16/11/2022 Días Facturados: 42

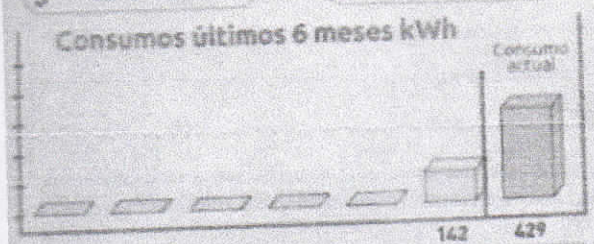
Medidor	Tipo	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplic.	Consumo KWh
	Energía activa	1263	972	1	429

Valor consumo mes: $ 325.430
Valor consumo día: $ 7.748

Consumo Calculado: REAL

Novedad en Lectura: No registró observación

Consumos últimos 6 meses kWh



Ruta de Lectura: Itinerario 3170 de la ruta 116563

DE INTERÉS

Air-e

Te recuerda que el exceso de consumo de energía es perjudicial para tu bolsillo



Documentos vencidos: 0
Total a pagar: $338.430

NIC O CUENTA: 8032248
ID de Cobros: 8009645955
Titular: MARYORI CANTILLO ANDRADE

Pago oportuno: 28/11/2022
Total Mes: $338.430

Representante Legal

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 9 de marzo del 2023 **FACTURA DE VENTA**

Señor(es): Maicler fuente D 3451

c.c. ó Nit : 1280961 1

Dirección: cra 5 N 1 56-52 Teléfono: 3127132054

Ciudad: Soledad-Atl. V-Valentina

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para velación	$500.000
1	servicio de traslado	$350.000
		$850.000

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.754.248 - 4 • CEL:3045758304

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Comprador

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 09/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-03-04_

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: CANDIDA DURAN
EDAD: 81
IDENTIFICACION: IDENTIFICACION VENEZOLANA
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1128331
NACIONALIDAD: VENEZOLANA

1- DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE: MAICLEX FUENTES DURAN
EDAD: 47
NUMERO DE IDENTIDAD: VENEZOLANA
NACIONALIDAD: VENEZOLANA
PARENTESCO: SOBRINA
DIRECCION: CRA 5A #56 – 57 APT 1
BARRIO: VILLA VALENTINA
TELEFONO: 3127132854
PETICION: TRASLADO - ATAUD

2- OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA

1- _RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
MAICLEX FUENTES	47	SOBRINA			
CANDIDA DURAN	81	TIA (FALLECIDA)			

3- ASPECTO SOCIOECONOMICO

TIPO DE VIVIENDA: ARRENDADA
ESTADO DE LA VIVIENDA: REGULAR
No DE HABITACIONES: 2
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 2
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: LUZ, AGUA, GAS

No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 9

ESTRATO: 1

SERVICIOS PUBLICOS: AGUA, LUZ Y GAS.

5. GENOGRAMA FAMILIAR: NO APLICA

6. DINAMICA FAMILIAR

LA FAMILIA MANTIENE UNA RELACION ESTRECHA, SE ENCUENTRAN EN INTERACCION CONSTANTE Y CUENTAN CON APOYO EXTERNO POR PARTE DE UNA PRIMA.

RELACIONES DE FAMILIA

LA PERSONA QUE NOS ATIENDE MANIFIESTA QUE MANTIENEN BUENAS RELACIONES Y QUE TRATAN EN LO POSIBLE DE AYUDARSE MUTUAMENTE.

7. APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:

LA FAMILIA MANIFIESTA QUE HAN RECIBIDO COLABORACION DE SUS VECINOS SIEMPRE Y ESPECIALMENTE AHORA CON EL CASO DE LA FALLECIDA

GRUPO QUE FRECUENTA

IGLESIA

8. CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

SE ENCUENTRAN EN UN BARRIO VULNERABLE, Y AFIRMAN QUE HAY CONSUMIDORES EN EL SECTOR.

9. CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

CONSUMIDORES PSA EN EL BARRIO

DELINCUENCIA

SECTOR DE BAJOS RECURSOS ECONOMICOS

10. FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

El acceso la vivienda es fácil, cuentan con servicios públicos, tienen colegios cercanos, el ingreso es limitado lo que afecta socioeconómicamente a la familia y limita el afrontamiento de sus problemas.

11. OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

NO APLICA

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

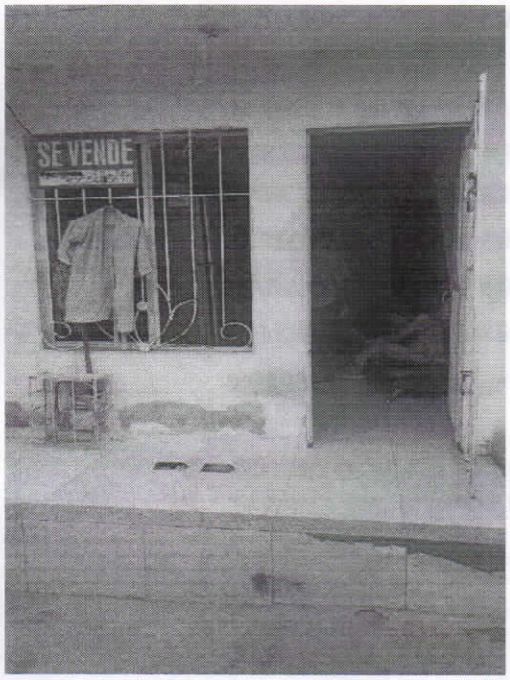
12. CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

APOYO DE LA IGLESIA Y VECINOS (ECONOMICO)

13. OBSERVACION Y/O CONCLUCION:

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS LUEGO DE LA VISITA REALIZADA, SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA CONSISTENTE EN ATAUD Y TRASLADO DEL CUERPO DE LA SEÑORA CANDIDA DURAN FALLECIDA DE 81 AÑOS DE EDAD CON CEDULA VENEZOLANA No. 1.128.331

14. EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





Adriana Nuñez C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA

NOMBRE DEL PROFESIONAL: ADRIANA NUÑEZ

CARGO: PSICOLOGA 22494243

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23036520197279

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: ATLÁNTICO | Municipio: BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-03-05	15:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Documento Extranjero	VEN1128331

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DURAN		CANDIDA	

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: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 1143461556

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SALAS	ARIZA	ESTHEFANY	PAOLA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico

REGISTRO PROFESIONAL: 1143461556

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: ATLÁNTICO | Municipio: BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: 2023-03-05

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-03-05 18:25

Código verificación: 85B7-A2EE-D3FA-43CC


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 1.128.331

MM0402

Juan Dugarte
Director

APELLIDOS DURAN

NOMBRES CANDIDA

04-11-42 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

16-03-18 03-2028
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Sobrina

Tel 312 713 2854

Villa Valentina carrera 5A 56 #57

Junta de Accion Comunal
Barrio Villa Valentina
Personeria Juridica 0580 de 2022
Dirccion carrera 5 #5 #56-45 – Tel:3102552028
Email: ibethrodelo15@gmail.com

Señores
DEIVER CONRRADO
GESTION SOCIAL
ALCALDIA DE SOLEDAD
E.S.D

ASUNTO: SOLICITUD ATAUD –

CANDIDA DURAN, identificada con cedula extranjera **1.128.331,** de nacionalidad venezolana, dirección de habitación **CARRERA 5A # 56- 57 APTO 1 Barrio -Villa Valentina, residió desde hace: 4 años** y durante todo ese tiempo que residencio en nuestra comunidad, siempre mantuvo una conducta de sana convivencia y de respeto a las leyes de la REPÚBLICA DE COLOMBIA. Y **Quien el día de ayer falleció de una FALLA CARDIACA en Hospital UNA, ESE UNIVERSITARIO DEL ATLANTICO, sus familiares no cuenta con los recursos para darle cristianas sepulturas a su familiar**, por lo cual se le solicita a usted el **ATAUD**

Constancia que se expide a petición de parte interesada en **Soledad** – Atlántico, a los 06 días del mes de MARZO del año 2.023

Atentamente,

IBETH RODELO
C.C. 5261862 CUNDINAMARCA
PRESIDENTA DE LA J.A.C. VILLA VALENTINA

¡Unidad y accion base del éxito!

Llame al 115 o al 605 3225016 | servicioalcliente@air-e.com

Air-eEnergiaCo | @Aire-energia | @Aire-energia

Operador de Red: Air-e S.A.S. E.S.P - Dirección: Cra 57 # 99A -65 B/quilla.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - RESOLUCIÓN DIAN 012220 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022

Convenio entre la Alcaldía Municipal, tú comunidad y

INMEL INGENIERIA S.A.S – NIT. 890926247-1

Recaudador Autorizado:

Air-e

La fuerza que transforma

Air-e S.A.S. E.S.P - NIT. 901.380.930-2

Información del Totalizador Comunitario

Fecha Lectura Actual	Fecha Lectura Anterior	Días Consumo	Promedio Consumo kWh	Valor Consumo Mes ($)	Valor Consumo Diario($)
21/02/2023	23/01/2023	29	0	$147.710.773	$5.093.475

Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Múltiplo	Consumo mes kWh	Consumo Anterior kWh	Variación kWh
31543	31384	2200	204.788	240.240	-35.452

Novedad: No registró observación

Cálidad del Servicio

015 Grupo: Circuito/Transformador:

DIU: DIUG: FIU: FIUG:

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Documento equivalente 50657475

NIC Totalizador 1102569

Referencia de Pago 8016999258

% de Participación 0,1000

Consumo Calculado Kwh 279

Censo Kwh/mes 206,89

Nombre ORTIZ ORTIZ

Dirección CR 5A CL 56 – 57 P1 APTO 1 FK8046

Barrio VILLA VALENTINA

Circuito / Transformador

Categoría Servicio Residencial E.1 Subnormal

Tasa Mora 0,00%

Clase del Servicio: Resid.

Periodo Liquidado: Feb.-23

Fecha último pago: 23/12/2022

Valor pagado: $20.000

Tarifa de Energía ($ por cada kilovatio)

$CU_{678,4391 / 721,4596} = G_{296,9421} + T_{51,9732} + R_{24,9708} + PR_{66,2088} + C_{128,9477} + D_{109,3965}$

NOTA IMPORTANTE

Te sugerimos llevar el registro de tus pagos en la parte posterior de este documento. El no pago oportuno de la factura, dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en la misma. Contra esta decisión procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Dentro de los cinco días siguientes al recibo de esta factura. Para evitar la suspensión debe acreditar el pago o una condición especial de vulnerabilidad que pueda afectar sus derechos fundamentales con ocasión de la suspensión. Recursos o comunicaciones, favor dirigirlas a la dirección del punto de pago.

DATOS DE FACTURACIÓN Nº 50657475 1155651

Fecha de Emisión	Mes	Suspensión a Partir
25/02/2023	Feb.-23	INMEDIATO

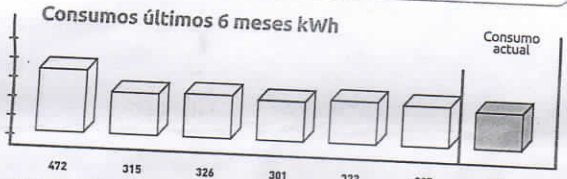
Detalle	Valor
Consumo activa	$200.933,71
Subsidio	-$84.843,66
AJUSTE MONETARIO	-$0,05

Valor Total Mes: $116.090

Valor Facturas Vencidas: $3.805.169

Valor Total Acumulado: $3.921.260

Consumos últimos 6 meses kWh



Exija sello, fecha y firma al cancelar

Firma representante legal

Ilinerario 50 de la ruta 112050

129850 911205000050 112050

PAGO MES

(415)7709998670525(8020)8016999258000(3900)0000116090(96)20230303

Documento equivalente: 50657475

Pago Oportuno hasta: INMEDIATO

Valor Total Mes: $116.090

PAGO TOTAL

(415)7709998670525(8020)8016999256000(3900)0003921260(96)20230303

Documento equivalente: 50657475

Nº de Facturas Pendientes: 9

Valor Total Vencido: $3.921.260

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 09 de 03 del 20 23

FACTURA DE VENTA 3453

Señor(es): Heiner Varyel

c.c. ó Nit : 5. 458. 994

Dirección: K 29 2 #50A - 45. Teléfono: 3215308927

Ciudad: Villa del Rey - 6053733493

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para la finada Ramona Velasquez	$500.000
1	Traslado	$350.000
1	Preparacion	$300.000
		$1.150.000

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Comprador

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.754.248 - 4 • CEL.:3045758304

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 09/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-03-05_

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: RAMONA ELENA VELASQUEZ
EDAD: 82
IDENTIFICACION: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1064836865
NACIONALIDAD: COLOMBIANA

1- **DATOS DE IDENTIFICACION**

NOMBRE: YULIDA PEREZ PENUELA
EDAD: 44
NUMERO DE IDENTIDAD:
NACIONALIDAD: VENEZOLANA
PARENTESCO: HIJA
DIRECCION: KRA 2G 2# 50A 45
BARRIO: VILLA DEL REY
TELEFONO: 3215308927
PETICION: TRASLADO – ATAUD - PREPARACION

2- **OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA**

1- **RED VINCULAR**

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
EVER BERGEL	43				
YULEIDA P	44				

3- **ASPECTO SOCIOECONOMICO**

TIPO DE VIVIENDA: ARRENDADA
ESTADO DE LA VIVIENDA: REGULAR
No DE HABITACIONES: 3
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 6
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: LUZ, AGUA, GAS

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

5- DINAMICA FAMILIAR

LA FAMILIA MATIENE UNA BUENA RELACION, CUENTAN CON EL APOYO EXTERNO DE UNA TIA

6- RELACIONES DE FAMILIA

HAY MUY BUENA RELACION ENTRE LAS PARTES INTEGRANTES DE LA FAMILIA

7- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD

DE SUS VECINOS, LOS APOYAN EN LO POSIBLE, ESPECIALMENTE AHORA CON EL FALLECIDO

8- GRUPO QUE FRECUENTA

IGLESIA

9- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

10- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

11- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

NO

12- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

NO

13- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

NINGUNO

14- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS DE LA VISITA REALIZADA SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA CONSISTENTE EN ATAUD Y TRASLADO DE CUERPO DE LA SEÑORA RAMONA ELENA VELASQUEZ, CC. 1.064.836.865 EXP RIO DE ORO





Adriana Nuñez E

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA 22494243.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: ADRIANA NUÑEZ

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23039320199654

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
ATLÁNTICO	SOLEDAD

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Area	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	2023-03-08	11:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	1064836865

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VELASQUEZ	SANCHEZ	RAMONA	ELENA

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	1045735633

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ACUÑA	RODRIGUEZ	DANIELA	CECILIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1045735633

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	SOLEDAD

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-03-08	Dra. Daniela Acuña Rodriguez R.M. 1045735633

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-03-08 13:02

Código verificación: [illegible]54-5380-5FF4-5B4E

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.064.836.865
NUMERO

VELASQUEZ SANCHEZ
APELLIDOS

RAMONA ELENA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1940
RIO DE ORO
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-2005 RIO DE ORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1275000-37142411-F-1064836865-20060523 03360 06143N 02 157352156

residuida Asactipacion atau l x
traslado Preparacion


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.468.994
VERJEL
APELLIDOS
HEVER
NOMBRES
FIRMA

3215308927

262 50A 95 Villa rex


FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1979
OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
11-FEB-1999 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0300100-00229182-M-0005468994-20100327 0021805460A 1 3500597496

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.334.693**

PEREZ PEÑUELA

APELLIDOS

YULEIDA

NOMBRES

Yuleida Perez

FIRMA



Revisado y firmado y
tapuz Teslado y Atsuol

Yuleida perez
37334693



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1978**

OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

29-ABR-1998 OCAÑA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4800500-00252487-F-0037334693-20100826 **00235**97546A 1 25564960

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL BARRIO VILLA DEL REY DE SOLEDAD

DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO SECRETERARIA DEL INTERIOR

RESOLUCION 0094 DE 2022
RUC N° 3-5003-13826

ALCADIA SOLEDAD **09 de marzo del 2023**

DEIVER CORONADO
Secretario de Gestión Social

Reciban un cordial saludo de paz y bien de parte de la J.A.C. DEL BARRIO VILLA DEL REY DE SOLEDAD.

Nos dirigimos a ustedes para pedirles una colaboración sobre el fallecimiento del señor RAMONA ELENA VELASQUEZ SANCHEZ identificada con numero de cedula 1.064.836.865 expedida en Rio de Oro, teniendo residencia en la dirección carrera 2g2 # 50 a -45 en el barrio villa del rey, su falleció fue el 8 de marzo del 2023 en el municipio de Soledad en centro FUNDACION CLINICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR y con numero de certificado de defunción 23039320199654, su fallecimiento nos lleva a la necesidad de ayudar para el costo de las exequias fúnebre en este caso con el ataúd y la bóveda ya que su familia son de muy bajos recursos y no tienen para estos gastos, su familia son miembros de la comunidad así que pedimos por su colaboración.

Agradecemos su valiosa colaboración.

EDUARDO JESURUN FRANCO
PRESIDENTE ACCION COMUNAL
CC. 8.701.030
CEL. 3106303151

Registrado

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

Fecha de consulta: 09/03/2023

Ficha: 087580341367300000375

DATOS PERSONALES

Nombres: RAMONA ELENA

Apellidos: VELASQUEZ SANCHEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1064836865

Municipio: Soledad

Departamento: Atlántico

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 05/11/2021

Última actualización via registros administrativos: 05/11/2021

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: ELVIRA ELENA MEJIA LAITANO

Dirección: Calle 41 No 17 - 27 Barrio La Ilusión

Teléfono: 3183540988

Correo Electrónico: sisben@soledad-atlantico.gov.co

Gases del Caribe E.S.P.

NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR: Superservicios
REG. NIUR 2-8001000-4

DATOS DEL CONTRATO — **Nº CONTRATO:** 6137914

Nombre: AVILA VDA DE TORRES MARIA HERCILIA
Dirección: KR 2G2 CL 50A - 45
Municipio: SOLEDAD - ATL — Estrato: 1
Categoria: RESIDENCIAL — Ciclo: 606

FACTURA No. 2111207128 — **Pagina:** 1

Fecha Factura: Mes Factu
Periodo Factura: FEBRERO 2023
Dias Facturados: 29 — Pague hasta: 11/03/2023

CUPÓN PARA PAGOS: 215628333 — TOTAL A PAGAR: 30,261

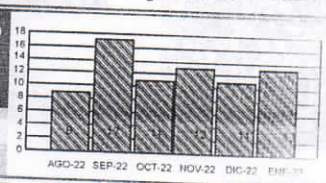
DATOS DEL MEDIDOR

Medidor: H-7358858
Periodo Cons.: 19/ENE - 16/FEB

Lect. Actual (m3)		Lect. Anterior (m3)		Factor de Corrección		Consumo mes (m3)
2433	-	2419	x	0.9984	=	14

Pres (PSI): 0.33 — Tem. (GF): 74.295 — Cálculo Cons.: LEC.MEDIDOR

CONSUMO EN M3 DE ULTIMOS 6 MESES



Promedio 12.0000

Observación de No Lectura:
El Certificado de su Instalacion se encuentra Vigente.

Plazo Máx. de Revisión Periódica:

FECHA DE SUSPENSION POR FALTA DE CERTIFICACIÓN DE INSTALACIÓN INTERNA:

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO

Rango		VL. x M3	Cargo Fijo	Contribución
0	20	3032	14	42,434
21	MAS	0	0	0.00

Conceptos	Saldo anterior	Cargos del mes por servicios facturados			Saldo Diferido	Cuotas pendtes
		Capital	Intereses	Total		
SERV.GAS (Serv.Susc 6137914)						
CONSUMO DE GAS NATURAL		42,451				
MODIFICACION RED INTERNA		1,658	228		9,001	5
MODIFICACION CENTRO DE MEDICIO		3,052	420		16,565	5
MODIFICACION RED INTERNA		1,847	255		10,027	5
CONSUMO DIFERIDO RESCREG-059 (Abril-2020)		247	0		1,474	6
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Abril-2020)		366	0		1,131	3
RECONEXION DESDE CM						
INTERES CAUSADO POR TARIFA TRA		1,256	4,282		39,288	21
INTERES CAUSADO POR TARIFA TRA		-54				
CONSUMO - RESCREG048		54				
SUBSIDIO - RESCREG048		5,128				
SUBSIDIO LEY 142/94(Hasta 20M3 % Cons		-3,076				
IVA		-25,471				
INTERES DE MORA(Tasa 3.113%)		11				
Total Servicio:		27,469	607 2,792	30,261	77,486	

CLIENTE



Solo personas registradas y autorizadas por Gases del Caribe y debidamente certificadas, pueden realizar trabajos en su instalacion de gas natural. Para mayor informacion comuniquese con nosotros.

AHORA ES MÁS FÁCIL PAGAR TU FACTURA DE GAS



ingresa desde tu celular o computador a

www.gascaribe.com

También puedes pagar en Efecty, Nequi, SuperGiros, Baloto, RappiPay y corresponsales Bancarios.

Brilla CUPO DISPONIBLE:

Somos grandes contribuyentes. Agente de retención de IVA. Autoretenedores, resolución 0547 de Enero del 2002.

NUEVA PARA CONSULTAS Y SOLICITUDES Línea de atención (5) 322 7000

Saldo a Favor:
Pague sin recargo hasta: 11/03/2023 — TOTAL A PAGAR: 30,261
FECHA DE SUSP. POR MORA A PARTIR DE: 86606 — Meses de deuda: 1
14 M3 Equivalen a 145.18kwl — VL. en Reclamo: 0
DES(n)=0 IPLI=100% IO=1 IRST=NO APLICA — DES(n)=0 COMPENSACION($)=0
CUPÓN PARA PAGO: 215628333

NUESTROS CANALES MÁS CERCA DE TI

Consultas y solicitudes

NUEVA Línea de WhatsApp 605 322 7000

Línea de atención (605) 322 7000

164 01 8000 915 334 REPORTE DE EMERGENCIAS

www.gascaribe.com CHAT Y PORTAL WEB

Gases del Caribe E.S.P.

NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR LA S.S.P. REG. NIR 2-8001000-4

Nº CONTRATO: 6137914
Numero de Control: 3033989622 6065911200242800 — Pagina: 1
Ruta Reparto:
Meses Deuda: 1 — Ciclo: 606

CUPÓN PARA PAGOS: 215628333
TOTAL A PAGAR: 30,261

(415)7707232377896(8020)0215628333(3900)0000030261(96)20330311

FAVOR, NO COLOCAR SELLO SOBRE EL CODIGO DE BARRAS

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 15 de Mayo del 2023

FACTURA DE VENTA

3454

Señor(es): Edgar Gonzales

c.c. ó Nit : 1042449288

Dirección: cll. #26-140

Teléfono: 3183581134

Ciudad: Soledad. Atl. N. Trauco

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para	$500.000
	Damelis pardo	
		$500.000

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Edgar Gonzales

Comprador 1042 449 288

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.764.248 - 4 • CEL:3045768304

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 09/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-03-06_

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: DAMELYS PATRICIA PARDO HERNANDEZ
EDAD: 32
IDENTIFICACION: IDENTIFICACION VENEZOLANA
NUMERO DE IDENTIFICACION: 6068824
NACIONALIDAD: VENEZOLANA

1- DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE: EDGAR GEORGE GONZALEZ GUTIERREZ
EDAD: 36
NUMERO DE IDENTIDAD: 1042449288
NACIONALIDAD: COLOMBIANO
PARENTESCO: CUÑADO
DIRECCION: -
BARRIO: EL TIBURON
TELEFONO: 3168228025
PETICION: ATAUD

2- OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA

1- RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL

3- ASPECTO SOCIOECONOMICO

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA
ESTADO DE LA VIVIENDA: DECADENCIA, EN TABLAS
No DE HABITACIONES: 1
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 1
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: NINGUNO

DINAMICA FAMILIAR

FAMILIA NUCLEAR, CONFORMADA POR PADRE, DOS HIJOS, DOS NIÑOS MENORES DE EDAD ESTOS HABITABAN EN EL HOGAR DE MANERA TRANQUILA.

4- RELACIONES DE FAMILIA

SE APOYAN ENTRE SI, UNA SOBRINA DE LA FALLECIDA VINO DESDE VENEZUELA PARA CORRER CON LOS GASTOS ECONOMICOS.

5- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:

CASI NULO.

6- GRUPO QUE FRECUENTA

NINGUNO

7- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

EN VULNERABILIDAD

8- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

CERCA DE AGUAS CONTAMINADAS (RESIDUALES) NO CONSTA CON SERVICIO ALGUNO

9- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

NINGUNO

10- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

NINGUNA

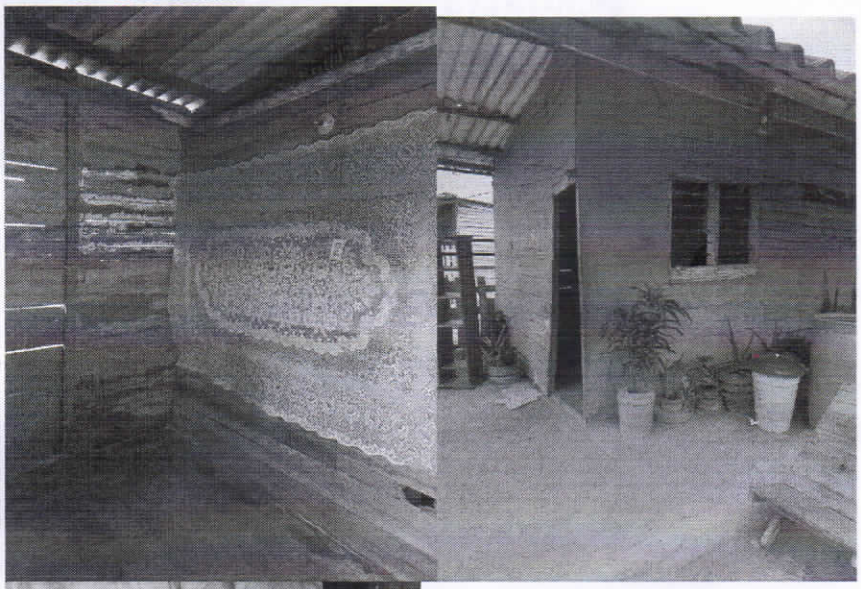
11- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

EL UNICO APOYO EXISTENTE EN SU RED FUE LA SOBRINA DE LA FALLECIDA TRASLADANDOSE DESDE VENEZUELA HASTA SOLEDAD/ATLANTICO PARA HACER APOYO EMOCIONAL Y ECONOMICO DEL PRESENTE CASO

12- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS LUEGO DE LA VISITA REALIZADA, SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA. EN ESTE CASO SERIA ATAUD, PARA LA FALLECIDA DIMELYS PATRICIA PARDO HERNANDES, ORIGINARIA DE VENEZUELA.

13- EVIDENCIA





FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ANGEL MARTINEZ
CARGO: PSICOLOGO
CC. 1042457423

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23034820204246

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: ATLÁNTICO

Municipio: BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área: Cabecera Municipal

Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío):

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-03-14	03:12:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Permiso por protección temporal	6068824

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PARDO	HERNANDEZ	DAMELYS	PATRICIA

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: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1140884787

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BARRERA	NAVARRO	KEREN	ALEXANDRA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140884787

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

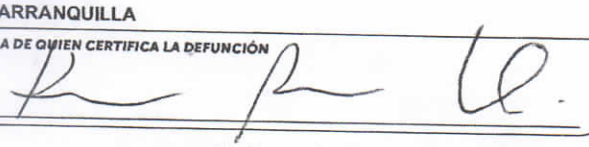
Departamento: ATLÁNTICO

Municipio: BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: 2023-03-14

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN



REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2023-03-14 08:25

Código verificación: 7683-2F1C-2F1D-A10B



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6068824

COL

PARDO HERNANDEZ
APELLIDOS

DAMELYS PATRICIA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

25197972
DNI Nro.

18-10-1990
FECHA DE NACIMIENTO

18-12-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

V137BL

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.042.449.288
GONZALEZ GUTIERREZ

APELLIDOS
EDGAR GEORGE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1994
SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-OCT-2012 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0305200-00432298-M-1042449288-20130422 0032786489A 2 38832323

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL 12 DE OCTUBRE

RESOLUCIÓN 000228

La presente certifica que la joven Damelys Patricia Pardo Hernández, identificada con permiso por protección temporal N° 6068824 de Venezuela, residía en la comunidad en la dirección calle 8 # 22ª-03 del barrio 12 de Octubre del municipio de Soledad.

Este certificado a las partes correspondientes.

la que solicitamos ataud, para esta persona. que es de escasos Recurso. a la alcaldia de Soledad.

Atentamente,

Mariana Escobar

Mariana Escobar

Presidenta JAC 12 de Octubre

Karina Villarreal.

Karina Villarreal

Secretaria

Gases del Caribe S.A. ESP

NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR:
Superservicios
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
REG. NUIR 2-8001000-4

DATOS DEL CONTRATO

Nº CONTRATO: 6113662

Nombre: SANCHEZ MARIN ROSA
Dirección: KR 28 CL 15 - 110
Municipio: SOLEDAD - ATL
Estrato: 1
Uso del Servicio: RESIDENCIAL
Ciclo: 1006

CUPÓN PARA PAGOS: 195564240
TOTAL A PAGAR: $91,358

FACTURA No. 2091459867 Página:

Fecha Factura: 01/DIC/2021 Mes Fact.: NOV-2021
Período Factura: NOVIEMBRE 2021
Días Facturados: 32 Pague hasta: INMEDIATO

CONSUMO EN M3 DE ULTIMOS 6 MESES



Promedio 16

DATOS DEL MEDIDOR

Medidor:	Y-111890						
Período Consumo:	24/OCT - 24/NOV	Lect. Actual (m3): 4583	- Lect. Anterior (m3): 4569	x Factor de Corrección: 0.9964	= Consumo mes (m3): 14		
		Presión (PSI): 0.33	Temperatura (°F): 75.43	Cálculo Consumo: EC MEDIDOR			

Motivo de Estimación:
La Revision Periodica debe Realizarse con Organismos de Inspeccion Acreditados.
Plazo Máximo de Revisión Periódica:

FECHA DE SUSPENSIÓN POR FALTA DE CERTIFICACIÓN DE INSTALACIÓN INTERNA:

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO

Rango	Valor x M3	Consumo	Valor Consumo
0 - 20 m3	2537.49	14	35,524.86
21 - MAS	0	0	0.00

Conceptos	Saldo anterior	Cargos del mes por servicios facturados			Saldo Diferido	Cuotas pendientes
		Capital	Intereses	Total		
SERV. GAS (Serv.Suac:6113662)						
Saldo Anterior	47,274					
CONSUMO DE GAS NATURAL		35,525				
MODIFICACION CENTRO DE MEDICIO		1,909	436			
MODIFICACION RED INTERNA		2,634	602		21,155	19
MODIFICACION CENTRO DE MEDICIO		1,295	296		23,189	10
RECONEXION DESDE ACOMETIDA		4,737	2,477		14,352	10
CONSUMO DIFERIDO RESCREG-059 (Marzo-2020)		803	0		126,182	21
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Marzo-2020)		4,659	0		16,436	20
CONSUMO DIFERIDO RESCREG-059 (Abril-2020)					80,567	17
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Abril-2020)		937	0			
CONSUMO DIFERIDO RESCREG-059 (Mayo-2020)		1,402	0		20,115	21
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Mayo-2020)					27,206	18
RECONEXION DESDE CM		589	0			
CONSUMO DIFERIDO RESCREC-059 (Julio-2020)		1,607	0		13,203	22
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Julio-2020)					31,162	19
RECONEXION DESDE CM		1,643	268			
CONSUMO - RESCREG048		502	0		12,499	
SUBSIDIO - RESCREG048		1,619	0		12,359	24
SUBSIDIO					34,820	21
		-1,484	415			
		-2,548			20,439	12
		1,529				
		21,315				
		13				

CLIENTE



Solo personas registradas y autorizadas por Gases del Caribe y debidamente certificadas, pueden realizar trabajos en su instalación de gas natural. Para mayor información comuníquese con nosotros.

mos grandes contribuyentes. Agente de retención de IVA. Autorretenedores, resolución 0547 de ero del 2002. (*) Para presentar reclamaciones al respecto, por favor vea el respaldo de la factura.

Representante Legal

(605) 322 7000 PARA CONSULTAS Y SOLICITUDES

164 01 8000 915 334 REPORTE DE EMERGENCIAS

14 M3 Equivalen a 145.18kwh

Pague sin recargo hasta: INMEDIATO
FECHA DE SUSP. POR MORA A PARTIR DE*: INMEDIATO
TOTAL A PAGAR: $91,358
Saldo a Favor: 0
Meses de deuda: 2
Valor en Reclamo: 0

DES(h)=0 IPLI=100% IO=100% IRST=NO APLICA
Valores calculados
DES(h)=0 COMPENSACION$=0
CUPÓN PARA PAGO: 195564240

CONTROL 3008803872 Gm = $1264 Tm = $306 Dm = $625 Cv = $0 Cc = $0 Cm = $3964

Brilla
Creciendo contigo
Ferretería Comercializadora Willson LAS MORAS
¡CONSTRUÍMOS SUEÑOS!
3429769-3244935
Llame y le asesoramos
3631365
Construcción
Electrodomésticos
Computadores
Celulares - Tecnología
Murillo frente a la estación Pedro Ramayá (TM)
Lunes a Viernes de 7:30 am a 5:30 pm - Sab. 8 am a 3 pm - Dom. 8 am - 1 pm
www.ferreteriawillson.com

ALKOSTO HiperAhorro
VISÍTANOS EN NUESTRA TIENDA
Cl. 98 # 51B-91
GANA
LUNES A VIERNES CADA 25 CLIENTES
SÁBADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS CADA 50 CLIENTES
50% EN TU COMPRA
Valoramos tu lealtad
Consulta términos y condiciones en: https://www.alkosto.com/gana-50

Brilla
Opera como medio de Financiación No Bancaria
CUPO DISPONIBLE:
$3,150,000

Cuidar el futuro de tu familia es un acto de responsabilidad
Decide con amor
Previsión Exequial
¡AFÍLIATE YA!
Planes desde $13.500 Paga a través de tu factura



En convenio de recaudo con:
Proexequial
Gases del Caribe
CANALES DE ATENCIÓN 24 HORAS
#523 (Op.1) Gratis desde celular
018000115233 (Op.1) Gratis desde fijo
www.proexequial.com
*Aplican términos y condiciones

Gases del Caribe S.A. ESP
NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR LA S.S.P. REG. NUIR 2-8001000-4

CONTRATO: 6113662
Número de Control: 3008803872 Página: 1/2
Ruta Reparto: 10065721050084500
Días Deuda: 2 Ciclo: 1006

CUPÓN PARA PAGOS: 195564240
TOTAL A PAGAR: $91,358

(415)7707232377896(8020)019556424(3900)0000091358(96)20311215

FAVOR, NO COLOCAR SELLO SOBRE EL CODIGO DE BARRAS

EMPRESAS ATLANTICO

Impreso por: Dispapeles S.A.S. NIT: 860026580-2 61631

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 17 de Mayo del 2023

FACTURA DE VENTA

3457

Señor(es): Rocha Gutierrez T.

c.c. ó Nit: 1141 81 50007

Dirección: cll. 50c #130-69 Apt

Teléfono:

Ciudad: Sol. Atl. N. Milenio

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para bebe: 70 cm	
	Elihas Alejandro Gutierrez	$170.000
1	Traslado	$350.000
		$520.000

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.754.248 - 4 • CEL.:3045758304

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Comprador

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 17/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-04-03-007

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: ELIAS ALEJANDRO ROCHA GUTIERREZ
IDENTIFICACION: REGISTRO CIVIL
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1143475126
NACIONALIDAD: COLOMBIANO

1- FAMILIAR QUE SUMINISTRA LA INFORMACION:

NOMBRE: TIBISAY ROCHA GUTIERREZ
EDAD: 28
NUMERO DE IDENTIDAD: CC. 1148150007
NACIONALIDAD: COLOMBIANA
PARENTESCO: MADRE
DIRECCION: 3148637225
BARRIO: NUEVO MILENIO
TELEFONO: CL 60C #13F 80
PETICION: ATAUD Y TRASADO

2- OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA

1- RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
MARIA VILORIA	27	PAREJA SENTIMENTAL	UNION LIBRE	-	-

3- ASPECTO SOCIOECONOMICO

TIPO DE VIVIENDA: PIEZA ARRENDADA
ESTADO DE LA VIVIENDA: EN MAL ESTADO
No DE HABITACIONES: 1
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 2
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: LUZ, AGUA, GAS

DINAMICA FAMILIAR

4- **LA MUJER LLAMADA TIBISAY CONVIVIA EN PAREJA CON MARIA VILORIA EN UNA PIEZA, TENIAN UNA RELACION ESTABLE Y AMBAS SE HACIAN CARGO DE ELIAS, HIJO DE TIBISAY.**

5- **RELACIONES DE FAMILIA**
NO TENIAN APOYO DE LA FAMILIA.

6- **APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:**
NULO

7- **GRUPO QUE FRECUENTA**
NINGUNO

8- **CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN**
UNA PIEZA UBICADA EN UN BARRIO CON ALTA DELINCUENCIA

9- **CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD**
DADA LA ESCASES ECONOMICA QUE PRESENTABAN, TIBISAY TRABAJABA COMO RECOLECTORA, EXPONIENDOSE ASI A GRAN TIPO DE PELIGROS ASI COMO DE LA MISMA MANERA DEJAR A SU HIJO SOLO.

10- **FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD**
NINGUNO

11- **OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA**
NINGUNA

12- **CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL**
NO TUVO RED DE APOYO POR PARTE DE UN CIRCULO CERCANO, LA UNICA AYUDA QUE SE LE ESTA POR RECONOCER ES POR PARTE DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE SOLEDAD

13- **OBSERVACION Y/O CONCLUSION**
DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS LUEGO DE LA VISITA REALIZADA, SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA. EN ESTE CASO SERIA ATAUD Y TRASLADO, PARA ELIAS ALEJANDRO ROCHA GUTIERREZ, NUMERO DE IDENTIFICACION 1143475126 CON 23 DIAS DE NACIDO.

ALCALDÍA MUNICIPAL
SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

14- EVIDENCIA



OK
Jhulieth
27-03-2023

Adriana Nuñez C 22494243.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ADRIANA NUÑEZ
CARGO: PSICOLOGA

001-23

La salud es de todos · Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23035220205935

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
ATLÁNTICO	SOLEDAD

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	2023-03-13	11:50:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Registro civil	1143475126

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ROCHA	GUTIERREZ	ELIHAS	ALEJANDRO

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?
No natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	8532355

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESCORCIA	PUENTE	NESTOR	ANTONIO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	8532355

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-03-14	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-03-16 08:25

Código verificación: 52D9-C0AF-B769-3DF0

FISCALIA
GENERAL DE LA NACION

Soledad, 15 de marzo de 2023

Señor
NOTARIO EN TURNO
REGISTRADOR DELEGADO DEL ESTADO CIVIL
E.S.D.

REFERENCIA: 087586001106202300665

Para efectos legales del registro de defunción, me permito solicitarles se sirva ordenar a quien corresponda, hacer el respectivo REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION, de la persona que a continuación le relaciono, tal como lo establece el Decreto 1260 de 1970

NOMBRES Y APELLIDOS	: ELIHAS ALEJANDRO ROCHA GUTIERREZ
IDENTIFICACIÓN	: REGISTRO CIVIL 1.143.475.126
SEXO	: MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO	: 28/02/2023
LUGAR DE NACIMIENTO	: BARRANQUILLA (ATL)
EDAD	: 13 DÍAS
ESTADO CIVIL	: NO APLICA
PROFESION U OFICIO	: NO APLICA
LUGAR DE FALLECIMIENTO	: SOLEDAD - ATLANTICO
MANERA DE MUERTE	: VIOLENTA A DETERMINAR
FECHA DE LA MUERTE	: 13 DE MARZO DE 2023

Una vez efectuado el registro, remitir copia del mismo a la Fiscalía 8 Local de Soledad Unidad de Homicidios Dolosos, para que obre como prueba dentro de la investigación.

Atentamente,

ADOLFO MARIO CABARCAS CASTRO
Fiscal 8 LOCAL
Unidad Alertas Tempranas de Homicidios Dolosos.

BARRIO NUEVO MILENIO

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

SOLEDAD - ATLÁNTICO

17 marzo 2023

Señores

Alcaldía de soledad departamento del Atlántico

Señores oficina de Gestión Social

Por Medio Del Presente Escrito Solicito a ustedes muy respetuosamente una ayuda para la señora ROCHA GUTIERREZ TIBISAY, identificada con la cedula de ciudadanía No 1.148150.007 de Riohacha; la cual tiene una calamidad domestica por la muerte de su pequeño hijo recién nacido de 22 Díaz, Reside en la siguiente dirección CL 60C KR 13D – 69 APTO 1 del mismo barrio; un ataúd con bóveda para estos casos.

Agradezco la intención que le merezca la presente.

Cordialmente

MIRIAM SOFIA HOYOS
PRESIDENTE
TELEFONO 3016414720

Gases del Caribe
S.A. ESP

NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR:
Superservicios
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
REG. NUIR 2-8001000-4

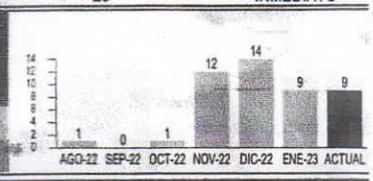
DATOS DEL CONTRATO			
Nombre:	CARO FLOREZ JUAN PABLO		
Dirección:	CL 80C KR 13D - 69		
Municipio:	SOLEDAD - ATL	Estrato:	1
Uso del Servicio:	RESIDENCIAL	Ciclo:	706

N° CONTRATO: 48154960

CUPÓN PARA PAGOS: 215159835 **TOTAL A PAGAR:** $97,466

FACTURA No.	2111254564	Página:	1
Fecha Factura:	25/FEB/2023	Mes Fact.:	FEB-2023
Período Factura:	FEBRERO 2023		
Días Facturados:	29	Pague hasta:	INMEDIATO

CONSUMO EN M3 DE ULTIMOS 6 MESES



DATOS DEL MEDIDOR

Medidor:	GC-199752-21	Lect. Actual (m3)	Lect. Anterior (m3)	Factor de Corrección	Consumo mes (m3)
		72	63	0.9984	9
Período Consumo:	20/ENE - 17/FEB	Presión (PSI):	0.33	Temperatura (°F):	74.295
Cálculo Consumo:	LEC.MEDIDOR				

Motivo de Estimación:

El Certificado de su Instalacion se encuentra Vigente

Plazo Máximo de Revisión Periódica:

FECHA DE SUSPENSIÓN POR FALTA DE CERTIFICACIÓN DE INSTALACIÓN INTERNA:

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO

Rango	Valor x M3	Consumo	Valor Consumo
0 20	3032.24	9	27,290.16
21 MAS	0	0	0.00

Conceptos	Saldo anterior	Cargos del mes por servicios facturados			Saldo Diferido	Cuotas pendientes
		Capital	Intereses	Total		
SERV.GAS (Serv.Susc.50346320)						
Saldo Anterior	25,336					
CONSUMO DE GAS NATURAL		27,290				
RECONEXION_04/02/2023		1,839	1,101		47,643	23
CONSUMO DIFERIDO RESCREG-059 (Abril-2020)		3,349	0		20,207	6
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Abril-2020)		869	0		2,729	3
ACUERDO DE PAGO_19/10/2022		1,654	1,990		334,616	115
RECONEXION_21/10/2022		1,185	1,056		32,223	18
RECONEXION_05/01/2023		1,234	1,340		41,149	22
CONSUMO - RESCREG048		3,296				
SUBSIDIO - RESCREG048 60.01% Cons.		-1,978				
SUBSIDIO 60.00% Cons.		-16,374				
IVA		80				
INTERES DE MORA(Tasa 3.113%)			447			
Total Servicio:		22,404	5,934	28,338	478,867	
SERVICIOS FINANCIEROS (Serv.Susc.51861040)						
Saldo Anterior	21,338					
SEGURO DEUDORES BRILLA		1,341				
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Abril-2020)		8,578	0		25,797	3
ACUERDO DE PAGO_19/10/2022		5,503	5,706		1,057,673	115
ACUERDO DE PAGO_19/10/2022		549				
INTERES DE MORA(Tasa 3.113%)			245			
Total Servicio:		15,971	5,951	21,922	1,081,738	

CLIENTE



Solo personas registradas y autorizadas por Gases del Caribe y debidamente certificadas, pueden realizar trabajos en su instalación de gas natural. Para mayor información comuníquese con nosotros.

Somos grandes contribuyentes. Agente de retención de IVA. Autorretenedores, resolución 0547 de Enero del 2002. (*) Para presentar reclamaciones al respecto, por favor vea el respaldo de la factura.

Representante Legal





Pague sin recargo hasta:	INMEDIATO		
FECHA DE SUSP. POR MORA A PARTIR DE*	INMEDIATO	TOTAL A PAGAR:	$97,466
Saldo a Favor:	0	Meses de deuda	2
Valor en Reclamo			0

Valores de referencia: 9 M3 Equivalen a 93.33Kwh Aprox $ 292.40 kwh
DES(h)=0 IPU=100% IO=100% IRST=NO APLICA
DES(h)=0 COMPENSACION($)=0

CUPÓN PARA PAGO: 215159835

No. CONTROL 3034048751 Gm = $1511 Tm = $322 Dm = $762 Cv = $0 Cc = $0 Cm = $4534







Gases del Caribe
S.A. ESP

NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR LA S.S.P. REG. NUIR 2-8001000-4

N° CONTRATO:	48154960		
Número de Control:	3034048751	Página:	1/1
Ruta Reparto:	7065621050263400		
Meses Deuda:	2	Ciclo:	706

CUPON PARA PAGOS: 215159835

TOTAL A PAGAR: $97,466

(415)7707232377896(8020)0215159835(3900)0000097466(96)20330313

FAVOR, NO COLOCAR SELLO SOBRE EL CODIGO DE BARRAS

EMPRESA SERVIENTREGA S.A. NIT

Esta factura prestará mérito ejecutivo de acuerdo con las normas del derecho civil y comercial (Ley 142 del 94, Artículo 130)

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL.: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 18 de Marzo del 2023 **FACTURA DE VENTA**

Señor(es): Argenis Murillo Espinoza

c.c. ó Nit : 1.043.879.080 Dígulla 3198

Dirección: Call 39-9 Manuela Beltran Teléfono: 321 6820732

Ciudad: Soledad Atlantico

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	ataud para simona Kelly	$680.000
	hija de Argenis Espinoza	
	Extra	
1	servicio de traslado	$350.000
1	servi. de preparac	$300.000
		$1.330.000

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.754.248 - 4 • CEL.:3045758394

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

1043879080

Comprador

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 21/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-03-09

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: KELLY JOHANNA CAMARGO ESPINOZA
EDAD: 37
IDENTIFICACION: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1042464971
NACIONALIDAD: COLOMBIANA

1- **DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**
NOMBRE: ARGENIS MANUEL MURILLO ESPINOZA
EDAD: 42
NUMERO DE IDENTIDAD: 1043879080
NACIONALIDAD: COLOMBIANO
PARENTESCO: HERMANO
DIRECCION: CL 39 #09 - 05
BARRIO: MANUELA BELTRAN
TELEFONO: 3188912739
PETICION: ATAUD – TRASLADO - PREPARACION

2- **OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA**

1- **RED VINCULAR**

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
ESTEFANIA ESPINOZA	68	MAMA			
SEBASTIAN CAMARGO	11	HIJO			

3- **ASPECTO SOCIOECONOMICO**

TIPO DE VIVIENDA: ARRENDADA
ESTADO DE LA VIVIENDA: REGULAR
No DE HABITACIONES: 2
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 3
ESTRATO: 2
SERVICIOS PUBLICOS: LUZ, AGUA, GAS

4- DINAMICA FAMILIAR

HABIA BUENA INTERACCION DE LA FAMILIA Y APOYO DE CADA UNO DE ELLOS.

5- RELACIONES DE FAMILIA

APOYO FAMILIAR

6- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:

SI, CON EL TRANSPORTE

7- GRUPO QUE FRECUENTA

IGLESIA

8- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

CERCA DE AGUAS RESIDUALES

9- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

VULNERABILIDAD DE SALUD POR AGUAS RESIDUALES

10- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

NINGUNO

11- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

NINGUNA

12- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

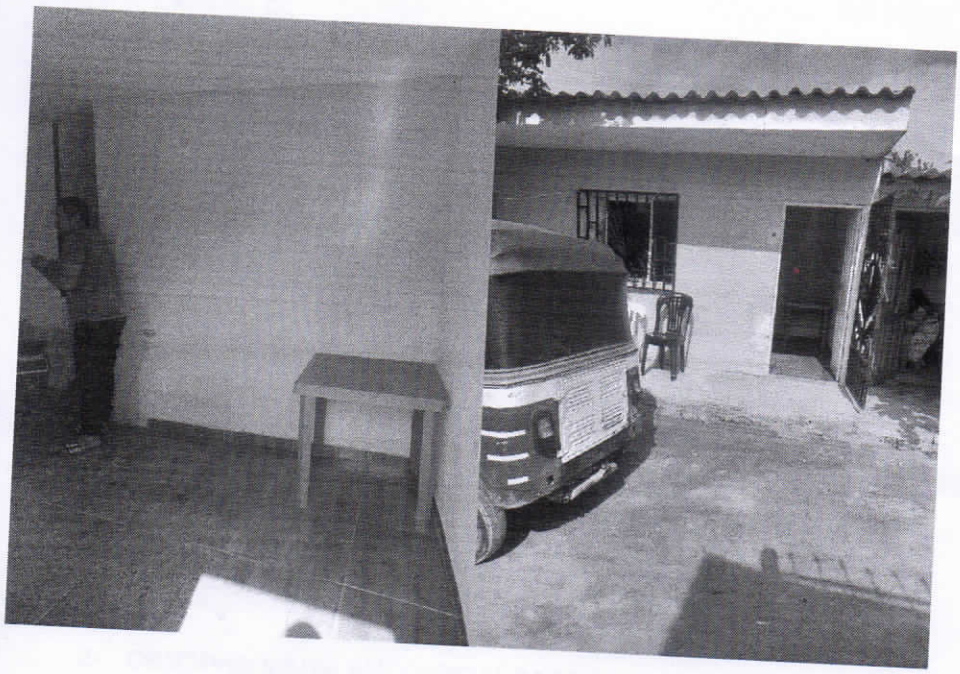
GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

13- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS LUEGO DE LA VISITA REALIZADA, SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA. EN ESTE CASO SERIA ATAUD (EXTRA), PARA KELLY JOHANNA CAMARGO ESPINOZA DE 37 AÑOS DE EDAD CON CC 1042464971

VF A Jurado w 21-03-2023

14- EVIDENCIA



Adriana Nuñez C 22494243.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ADRIANA NUÑEZ
CARGO: PSICOLOGA

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23034020207629

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
ATLÁNTICO	SOLEDAD

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	2023-03-18	09:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	1042464971

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAMARGO	ESPINOSA	KELLY	JOHANNA

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	1140860296

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BARRAZA	MOSCOTE	ANDRES	FELIPE

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140860296

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	SOLEDAD

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-03-18	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-03-18 10:29

Código verificación: E411-01CA-5AAE-1F1E



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.042.464.971

CAMARGO ESPINOSA

APELLIDOS

KELLY JOHANNA

NOMBRES

Kelly Camargo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1985

SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-ENE-2018 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0305200-00981128-F-1042464971-20180222 0059602909A 1 50103418



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 22.443.009

CABRERA AGAMEZ

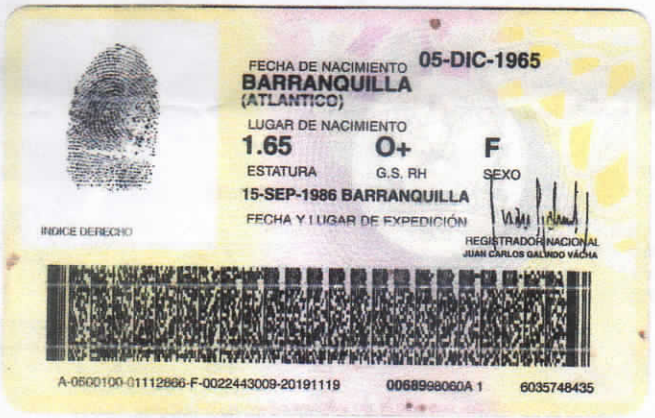
APELLIDOS

LILIANA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1965

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

15-SEP-1986 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0500100-01112866-F-0022443009-20191119 0068998060A 1 6035748435

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.043.879.080**

MURILLO ESPINOZA

APELLIDOS

ARGENIS MANUEL

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-1979**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 **B+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-FEB-2019 PALMAR DE VARELA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0302800-01100335-M-1043879080-20191001 **0067**9790628A 1 9909936145

Junta De Acciòn Comunal
Manuela Beltran
PERSONERIA JURIDICA No. 000238 – 1.977 NIT. 901657286 - 8
RESOLUCION No. 0156 de 2022 – SECRETARIA DEL INTERIOR

Soledad, marzo 18– de 2023

Dr.
Deiver Conrrado
Secretaria de Gestión Social.
Soledad, Atlántico
E. S. D.
Ref.: Solicitud formal para solicitar Caja Fúnebre

Cordial Saludo,

De manera comedida nos dirigimos a usted, con el debido respeto para solicitar el apoyo a la familia de la Joven: Kelly Johana Camargo espinosa identificada con cédula # 1042464971, Quien falleció en horas de la mañana del día de hoy. Su familia de escasos recursos necesita el apoyo para la adquisición de una caja fúnebre, no siendo otro el motivo solicitamos lo antes mencionado.

Sin más y agradeciendo su valiosa colaboración nos suscribimos de usted.

Atentamente,

Milena Silva
Presidente

Fredy Castibianco
Delegado Comunal

Dirección: Kra 11b No.38-35 Manuela Beltrán (SOLEDDAD – ATLANTICO),
correo: milena-delcarmen@hotmail.com
Contactos: 3017947512 - 3017947512 - 3117243991 FACEBOOK, TWITTER - INSTAGRAM

Air-e
La fuerza que transforma

Operador de Red: Air-e S.A.S. E.S.P.
Dirección: Calle 77B No 59B 27 B/quilla
Oficina Villa Country

NIC O CUENTA: 2012877

Air-e S.A.S. E.S.P. • NIT. 901.380.930 - 2

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
RESOLUCIÓN DIAN 012220 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022

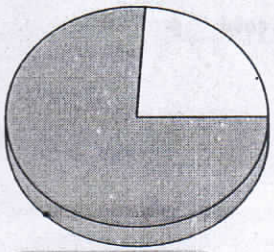
Documento Equivalente: **52046471**
ID de Cobros: **8018567882**
Fecha de Emisión: **16/03/2023**

Llame al **115** ó desde cualquier lugar del país al 605 3225016

Ingresa a www.air-e.com:
Oficina Virtual | Videollamada

3134300000 WhatsApp AVA | AireEnergiaCo | @Aire_energia | @Aire_energia

Valor a pagar



Energía	Otros Servicios	
$58.462	Alumbrado Público	$4.000
	Seguridad	$3.000
	Aseo	$26.498
Total Mes $91.960		

Deuda	Documentos en deuda	Anterior Consumo	Actual Consumo	Variación (KW/h)
$1.046.505	18	126	164	38

Pago oportuno	Suspensión a partir de	TOTAL A PAGAR
INMEDIATO	INMEDIATO	$1.138.470

¡Paga a tiempo! Evita la suspensión

DATOS DEL USUARIO Y/O SUSCRIPTOR

Titular de Pago
EFRAIN CONTRERAS
Usuario o suscriptor
EFRAIN CONTRERAS
Estrato / Clasificación: Resid. Estrato 1

Dirección de suministro
CL 39 CR 9 - 5 DPL CZ7929
MANUELA BELTRAN
MANUELA BELTRAN
SOLEDAD
NIU: 17170085

Dirección de Envío
CL 39 CR 9 - 5 DPL CZ7929
SOLEDAD
ATLÁNTICO

Propiedad del Activo: PE

INFORMACIÓN DEL CONSUMO

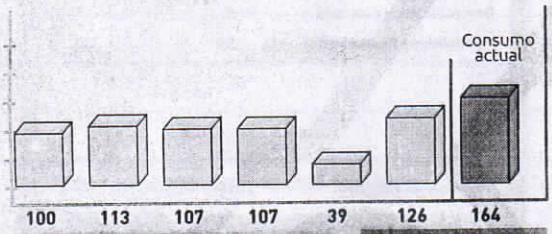
Concepto	Tarifa ($/kWh)	Consumo (kWh)	Valor ($)
Consumo activa	876,1980	164	$143.696,47
Subsidio	525,7188	164	-$86.217,88

INFORMACIÓN DE LECTURA

Fecha Lectura Anterior: **14/02/2023** Fecha Lectura Actual: **16/03/2023** Días Facturados: 30

Medidor	Tipo	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Múltiplo	Consumo KWh
0000173640-MC957	ENERGÍA ACTIVA	23009	22845	1	164

Valor consumo mes: 57.479
Valor consumo día: 1.916



Promedio Día: 5,47

Consumo Calculado: REAL

Novedad en Lectura: **No registró observación**

Ruta de Lectura Itinerario 3230 de la ruta 116003

DE ÍNTERES

Air-e

Te recuerda que el exceso de consumo de energía es perjudicial para tu bolsillo

Libérate de tu deuda y gana grandes recompensas con nuestro

Club de Beneficios

vive Air-e

Obtendrás descuentos en gimnasios, restaurantes, ferreterías y mucho MÁS.

VEN HOY

Oficinas de atención al cliente | Campañas en tu barrio

Aplica a los PRIMEROS 50.000 CLIENTES | Cuotas FIJAS DESDE* $10,000

MANTENTE FIRME con el pago de tu Factura hasta 24 meses y aseguras la tranquilidad de decirle adiós a tu deuda.

*Cálculo de cuota mensual estimada para usuario estrato 1 con facturación mensual de $100,000

116003 91160033230 2252970

Documentos vencidos: 18
Total a pagar: $1.138.470

Para consultas sobre su facturación llame al Call Center:
Teléfonos fijos: 115 Desde un Celular: 605 3225016

NIC O CUENTA: 2012877

ID de Cobros: 8018567882 Titular: EFRAIN CONTRERAS

Pago oportuno: INMEDIATO
Total Mes: $91.960

Somos autorretenedores del impuesto sobre la renta, según decreto 2201 de diciembre 30 de 2016, abstenerse de practicar retencion a titulo de impuesto de renta sobre el servicio de energia. Esta factura presta merito ejecutivo, art 130 ley 142 de 1.994. Para todos los efectos el presente documento se denominara "documento equivalente a la factura de servicios publicos" de conformidad con lo establecido en el dur 1625 de 2016 y guarda los mismos efectos de la factura de servicios publicos contemplada en el capitulo VI de la ley 142 de 1.994.

Representante Legal

(415)7709998310896(8020)8018567881000(3900)0001138470(96)20230322

(415)7709998310896(8020)8018567882000(3900)0000091960(96)20230322

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 18 de Marzo del 2023

FACTURA DE VENTA

3455

Señor(es): Reinel Aguas

c.c. ó Nit : 18.223.822

Dirección: Cll. 59 # 16-26

Teléfono: 3133493957

Ciudad: Villa Aragon.

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para le finada Jasmin Aguas Q.	$500.000
1	Traslado	$350.000
1	Preparación	$300.000
	Reinel Cristo Aguas Q. 18223822	
		$1.150.000

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.754.248 - 4 • CEL.:3045756304

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Comprador

FECHA: 18/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-04-20

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: YASMIN AGUAS QUINCENO
EDAD: 59
IDENTIFICACION: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 41211424
NACIONALIDAD: COLOMBIANA

1- DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE: REINEL DEL CRISTO AGUAS QUINCENO
PARENTESCO: HERMANO
IDENTIFICACION: CC
NUMERO DE IDENTIFICACION: 18223822
EDAD: 49
DIRECCION: CL 59 #16 - 26
TELEFONO: 3133493957
SOLICITUD: ATAUD, TRASLADO, PREPARACION

2- OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA

RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
REINEL	49	HERMANO			

3- ASPECTO SOCIOECONOMICO

TIPO DE VIVIENDA: FAMILIAR
ESTADO DE LA VIVIENDA: REGULAR
No DE HABITACIONES: 2
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 2
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: AGUA, LUZ, GAS

4- DINAMICA FAMILIAR
APOYO POR PARTE DE LA FAMILIA

5- RELACIONES DE FAMILIA
ALGUNOS FAMILIARES CERCANOS HICIERON ACTO DE PRESENCIA Y APOYARON EN ESTA SITUACION

6- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:
SI HUBO APOYO POR PARTE DE VECINOS O COMUNIDAD

7- GRUPO QUE FRECUENTA
NINGUNO

8- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN
NINGUNO

9- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD
NO HAY

10- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD
NINGUNO

11- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA
NINGUNA

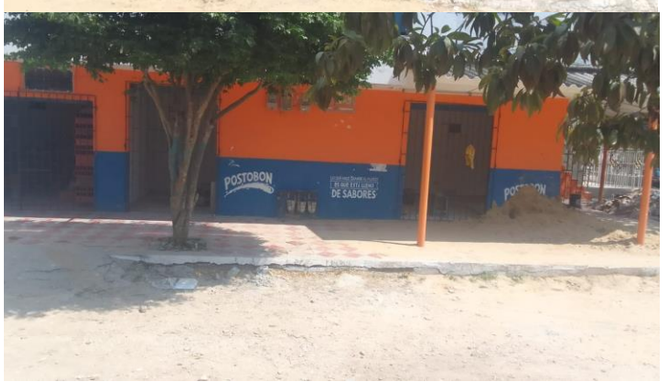
12- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL
RECIBIERON AYUDA DE AMISTADES Y VECINOS CON RESPECTO A LA SOLICITUD MORTUORIA

13- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

14- DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS LUEGO DE LA VISITA REALIZADA, SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA. EN ESTE CASO SERIA ATAUD, TRASLADO Y PREPARACION PARA YASMIN AGUAS QUINCENO QUIEN FALLECE CON 59 AÑOS DE EDAD. CC 41211424

15- EVIDENCIA





Angel Martinez J

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ANGEL MARTINEZ JIMENEZ
CARGO: PSICOLOGO
CC. 1042457423

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23034920208831

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
ATLÁNTICO	SOLEDAD

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 DEFUNCIÓ
No fetal	2023-03-18	15:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	41211424

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
AGUAS	QUICENO	JASMIN	

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	22565455

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VIZCAINO	SOLANO	KARIM	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	5252

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	SOLEDAD

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-03-19	Karim Vizcaino Solano Médico Cirujano

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-03-19 19:33

Código verificación: C900-F5


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.223.822

AGUAS QUISENO
APELLIDOS

REINEL DEL CRISTO
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1973
SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-NOV-1992 SAN JOSE DEL GUAVIARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

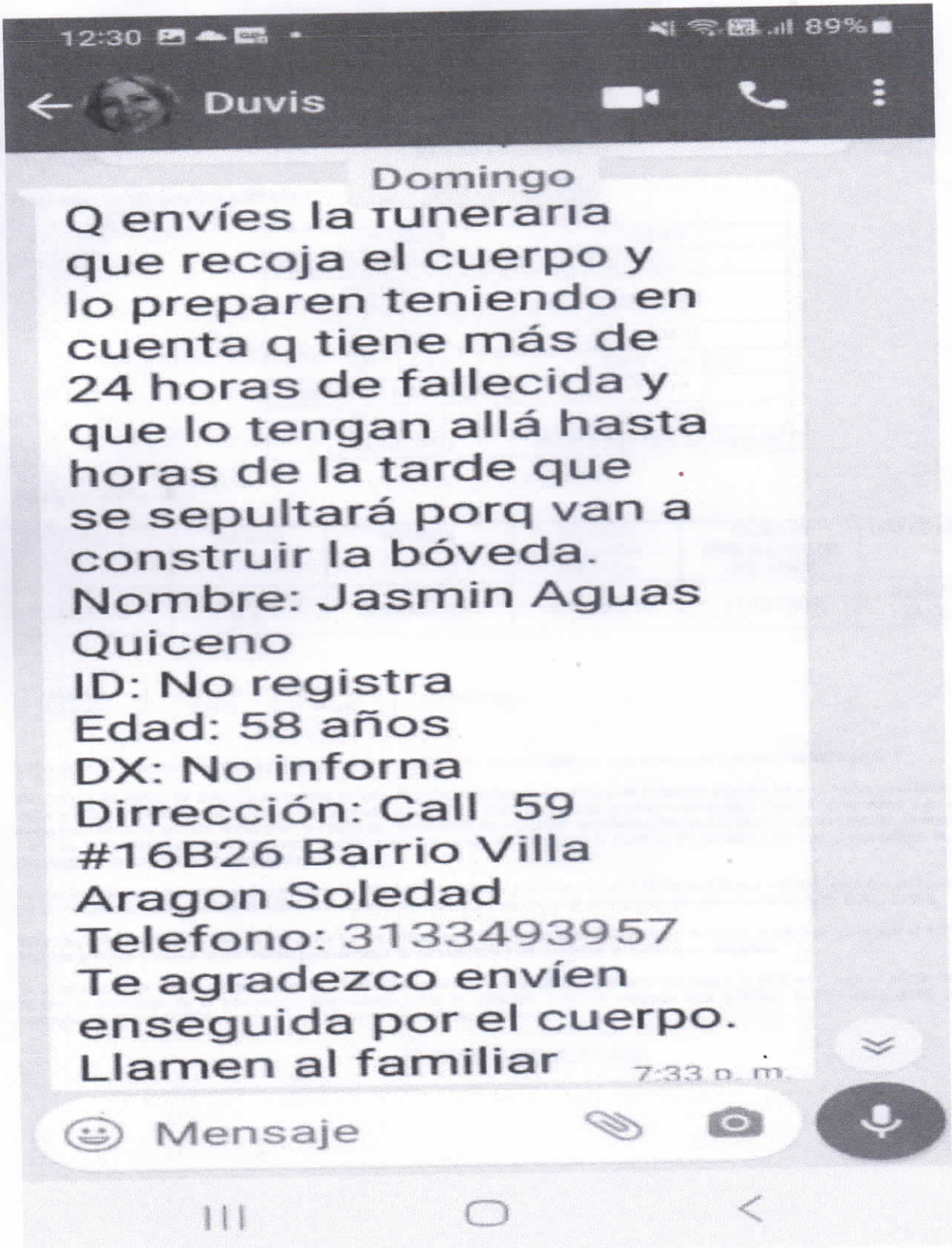
INDICE DERECHO

A-5400100-00831217-M-0018223822-20160521 0049863770A 1 44903650

-Recibi Ataud y preservación.

Hermano,
Calle 59. 16. 26 Soledad
Barrio Villa aragon
313 5193957

Reinel del Cristo Aguas


12:30
89%
Duvis
Domingo
Q envíes la funeraria que recoja el cuerpo y lo preparen teniendo en cuenta q tiene más de 24 horas de fallecida y que lo tengan allá hasta horas de la tarde que se sepultará porq van a construir la bóveda.
Nombre: Jasmin Aguas Quiceno
ID: No registra
Edad: 58 años
DX: No informa
Dirrección: Call 59 #16B26 Barrio Villa Aragon Soledad
Telefono: 3133493957
Te agradezco envíen enseguida por el cuerpo.
Llamen al familiar
7:33 p. m.
Mensaje

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	41211424
NOMBRES	JASMIN
APELLIDOS	AGUAS QUICENO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	GUAVIARE
MUNICIPIO	SAN JOSE DEL GUAVIARE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/19/2023 18:39:30	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

TALLER Y FUNERARIA

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL

NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO

CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 20 de Marzo del 20 23

FACTURA DE VENTA

3456

Señor(es): Milagro Maeso

c.c. ó Nit : 32.780.357

Dirección: Cll 68D #19-59 Teléfono:

Ciudad: Las Flores.

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para el niño de un metro veinte Angel Vizcaino	$310.000
1	Traslado	$350.000
1	Preparación	$300.000
		$960.000

IMPRENTA SOLEDAD • NIT:8.784.248 - 4 • CEL:3045758304

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Comprador

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 22/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-03-11

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: ANGEL DAVID ACEVEDO VIZCAINO
EDAD: 4
IDENTIFICACION: REGISTRO CIVIL
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1048455286
NACIONALIDAD: COLOMBIANO

1- **DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE**
NOMBRE: TULIO RAFAEL ACEVEDO
EDAD: 58
NUMERO DE IDENTIDAD: CC. 7006172
NACIONALIDAD: COLOMBIANO
PARENTESCO: ABUELO
DIRECCION: CL 68D # 19 59
BARRIO: MORAS OCCIDENTE
TELEFONO: 3107448530
PETICION: ATAUD – TRASLADO - PREPARACION

2- **OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA**

RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
MILAGROS MORENO	57	ABUELA			
VANESSA CRISTINA	15	TIA			
DANIEL ACEVEDO	20	PADRE			

3- **ASPECTO SOCIOECONOMICO**

TIPO DE VIVIENDA: FAMILIAR
ESTADO DE LA VIVIENDA: REGULAR
No DE HABITACIONES: 2
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 3
ESTRATO: 2
SERVICIOS PUBLICOS: LUZ, AGUA, GAS

4- DINAMICA FAMILIAR

LOS ABUELOS ERAN LOS CUIDADORES PERMANENTES DEL NIÑO, ERAN LOS EJES DE LA FAMILIA

5- RELACIONES DE FAMILIA

EL PADRE DEL MENOR DE EDAD CONSUMIDOR SPA, DIFICULTADES PARA RELACIONARSE

6- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:

RECIBIERON APOYO DE LA IGLESIA A LA QUE ASISTEN

7- GRUPO QUE FRECUENTA

IGLESIA

8- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

BARRIO CON BASTANTE DELINCUENCIA

9- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

EL PADRE DEL MENOR ES CONSUMIDOR.

10- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

NINGUNO

11- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

NINGUNA

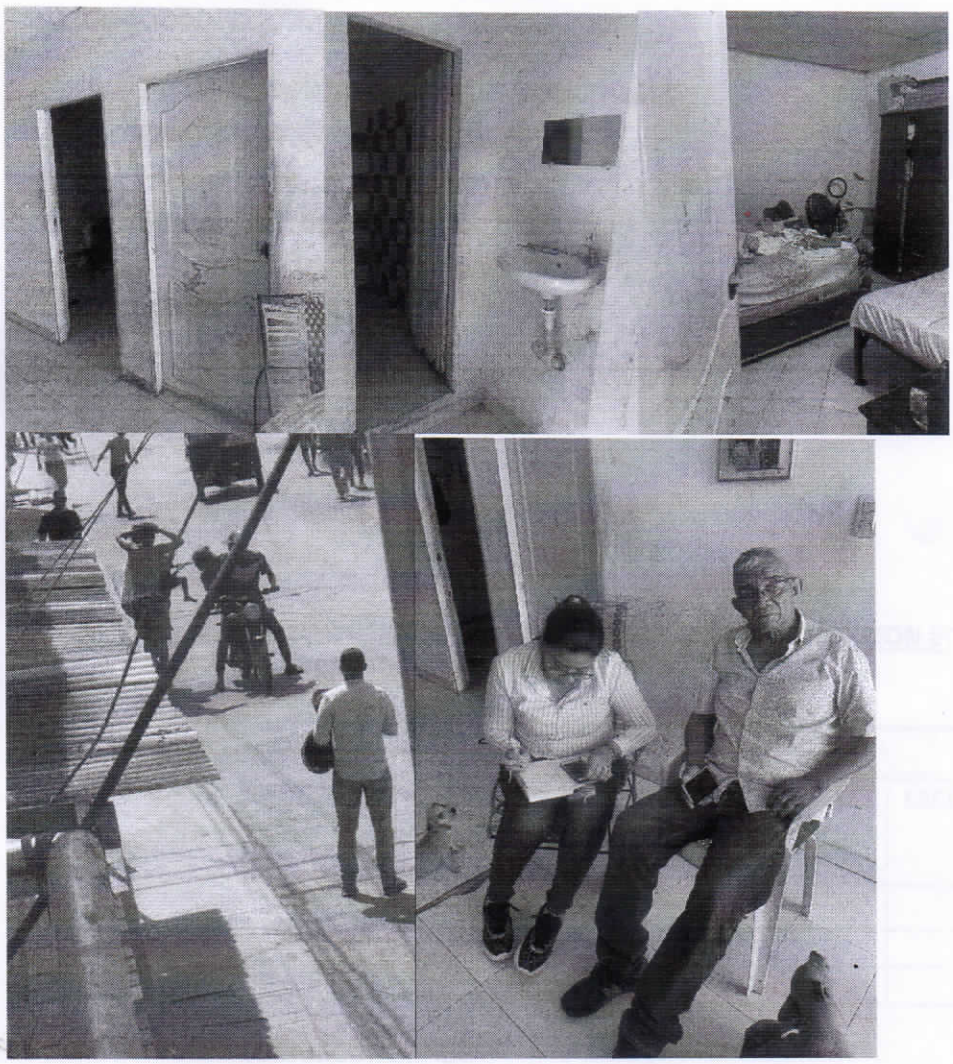
12- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

LA FAMILIA RECIBIO APOYO POR PARTE DE LOS VECINOS DURANTE EL SUCESO Y TAMBIEN POR PARTE DE LA IGLESIA

13- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS LUEGO DE LA VISITA REALIZADA, SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA. EN ESTE CASO SERIA ATAUD Y TRASLADO AL MENOR DE EDAD FALLECIDO ANGEL DAVID ACEVEDO VIZCAINO CON NUMERO DE REGISTRO CIVIL 1048455286 (CASO DE NOTORIA PUBLICA)

14- EVIDENCIA



Dra 22-Nov-2023

Adriana Nuñez C.

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ADRIANA NUÑEZ
CARGO: PSICOLOGA
CC. 22494243

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

La salud es de todos — Minsalud

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23039520210227

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

319

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: ATLÁNTICO

Municipio: SOLEDAD

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área: Cabecera Municipal

Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío):

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-03-20	14:20:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Registro civil	1049455286

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VIZCAINO	ARRIETA	ANGEL	DAVID

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?
No natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 8532355

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESCORCIA	PUENTE	NESTOR	ANTONIO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Médico

REGISTRO PROFESIONAL

8532355

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: ATLÁNTICO

Municipio: BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: 2023-03-21

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Código verificación: D259-3E88-142F-EFFB

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2023-03-21 14:26

NUIP 1.048.455.286

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57659570

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D 4 B

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

REGISTRADURIA DE CORDOBA - COLOMBIA - BOLIVAR - CORDOBA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VIZCAINO	ARRIETA

Nombre(s)

ANGEL DAVID

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019	Mes SEP	Día 10	MASCULINO		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA BOLIVAR CORDOBA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15289217-4

Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VIZCAINO ARRIETA MARIA YULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.048.[illegible].810	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VIZCAINO ARRIETA MARIA YULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.048.[illegible].810	María Yulieth V.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes MAR Día 08	PEDRO PAQUERO CUELLO - REGISTRADO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.780.357

MORENO VASCO

APELLIDOS

MILAGRO DE JESUS

NOMBRES

Milagro Moreno

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1975

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

15-JUL-1993 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0305200-00045321-F-0032780357-20080812 0002007493A 1 3430000190

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO MORAS OCCIDENTE
MUNICIPIO DE SOLEDAD, ATLÁNTICO

Soledad, 21 de marzo del 2023

Doctor
DEIBER CONRADO NIEBLES
Secretario de Gestión Social de Soledad

Cordial saludo,

Por medio de la presente, certificó que el menor **ANGEL DAVID VIZCAINO ARRIETA** de 4 años de edad, identificado con Registro Civil No. 1.048.455.286, residía con su familia en la calle 68D #19-59 del barrio Moras Occidente de Soledad, y quién ostenta en su representación es su abuela MILAGRO DE JESUS MORENO VASCO, identificada con cedula de ciudadanía No. 32.780.357 de Barranquilla.

Por consiguiente, manifestamos que el niño en mención desafortunadamente falleció el 20 de marzo del año en curso, por lo tanto, agradecemos toda la ayuda que pueda provenir por parte de la Alcaldía de Soledad para poder llevar a cabo sus exequias ya que sus familiares no cuentan con los recursos necesarios para darle sepultura.

Gracias por su atención. Quedamos atentos.

Cordialmente,

Rosa Elena Ribón

ROSA ELENA RIBON OSPINO
PRESIDENTA J.A.C. MORAS OCCIDENTE

PERSONERIA JURIDICA SEGÚN RES. 0411 DE 2022
3224516451 - 3013817349
SOLEDAD - ATLÁNTICO

Powered by CamScanner

Triple A S.A. E.S.P.
NIT 8001389131

Señor(a)
TULIO ACEVEDO
CL 68D 19 54
Zona 13A - SO/MORAS OCCIDENTE
7331011840
SOLEDAD
Dir. Envío: CL 68D 19 54

Periodo facturado	Marzo-2023
Fecha de emisión	Marzo 15-23
Factura de servicio No.	43729645

PÓLIZA:246188

246188

Marque 116 | cliente@aaa.com.co | www.aaa.com.co | @Somostriplea | @Somostriplea | /SomosTripleAC



Powered by CamScanner

"LOS MARTÍNEZ"

FABRICACIÓN DE ATAÚDES

PROP. PEDRO CLAVER MARTÍNEZ CAFIEL
NIT. 15.700.801 - 1. DIAN • RÉGIMEN SIMPLIFICADO
CRA. 28 No. 16A - 17 • CEL: 318 4448006 - 315 3692385 • SOLEDAD - ATLÁNTICO

Barranquilla, 22 de Mayo del 2022 **FACTURA DE VENTA**

3458

Señor(es): Antony Acosta
c.c. ó Nit : 22726779
Dirección: cll. 44D #15A-27 Teléfono 3235335791
Ciudad: Sol. Tayrona 2E.

Servicio	DETALLES	TOTAL
1	Ataud para Bebe Ashlanis Acosta	$170.000
1	Traslado	$350.000
		$520.000

IMPRENTA SOLEDAD * NIT:8.754.248 - 4 * CEL.:3045758304

Esta Factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una Letra de Cambio según Art. 774 del Cód. de C.

Vendedor

Comprador

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE SOLEDAD
SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

GRAN PACTO SOCIAL POR SOLEDAD

FECHA: 21/03/2023

CONSECUTIVO: GS-2023-04-03-010

INFORME SOCIO-FAMILIAR PARA AUTORIZACION DE AYUDA MORTORIA

- **DATOS DEL FALLECIDO**

NOMBRE: ASLYANNYS MARIANN ACOSTA
IDENTIFICACION: REGISTRO CIVIL
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1240700315
NACIONALIDAD: COLOMBIANA

1- **FAMILIAR QUE SUMINISTRA LA INFORMACION:**
NOMBRE: ANTHONY JOSE ACOSTA CAMACHO
EDAD: 33
NUMERO DE IDENTIDAD: 22726778
NACIONALIDAD: VENEZOLANO
PARENTESCO: PADRE
DIRECCION: Calle 44 d15 a 27
BARRIO: LAS NUBES (COLEGIO DE TAJAMAR)
TELEFONO: 3235286771 (ANDREA, COMADRE)
PETICION: ATAUD Y TRASLADO

2- **OBJETIVO: VISITA PSICOSOCIAL PARA CONSTATAR LA CONDICION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA FAMILIA SOLICITANTE DE LA AYUDA TECNICA**

RED VINCULAR

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION ACTUAL
ORLEANYS CIVOET	34	PAREJA SENTIMENTAL	U. LIBRE	-	-
ATHEN AZAEL	5	HIJO			
ITHZUMY LEXUANYER	1,4	HIJO			

3- **ASPECTO SOCIOECONOMICO**
TIPO DE VIVIENDA: ARRENDADA
ESTADO DE LA VIVIENDA:
No DE HABITACIONES: 1
No DE RESIDENTES BAJO EL MISMO TECHO: 4
ESTRATO: 1
SERVICIOS PUBLICOS: LUZ, AGUA, GAS

4- DINAMICA FAMILIAR

HABIA BUENA INTERACCION DE LA FAMILIA Y APOYO DE CADA UNO DE ELLOS.

5- RELACIONES DE FAMILIA

NULO

6- APOYO RECIBIDO POR LA COMUNIDAD:

NULO

7- GRUPO QUE FRECUENTA

NINGUNO

8- CONDICIONES DEL ENTORNO DONDE VIVEN

EL ARRENDADOR LLENA LA CASA DE BASURA, ACUMULADOR COMPULSIVO

9- CIRCUNSTANCIAS DE RIESGO O VULNERABILIDAD

ROBARON SUS UTENCILIOS DE TRABAJO. NO HAY INGRESO ECONOMICO.

10- FACTORES PROTECTORES DE GENERATIVIDAD

NINGUNO

11- OTRAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

NINGUNA

12- CONCEPTO RED DE APOYO Y CONTEXTO SOCIAL

LA TRABAJADORA SOCIAL Y LA CLINICA HAN APOYADO CON EL ALMUERZO DE LOS PADRES Y LOS NIÑOS DURANTE EL PROCESO.

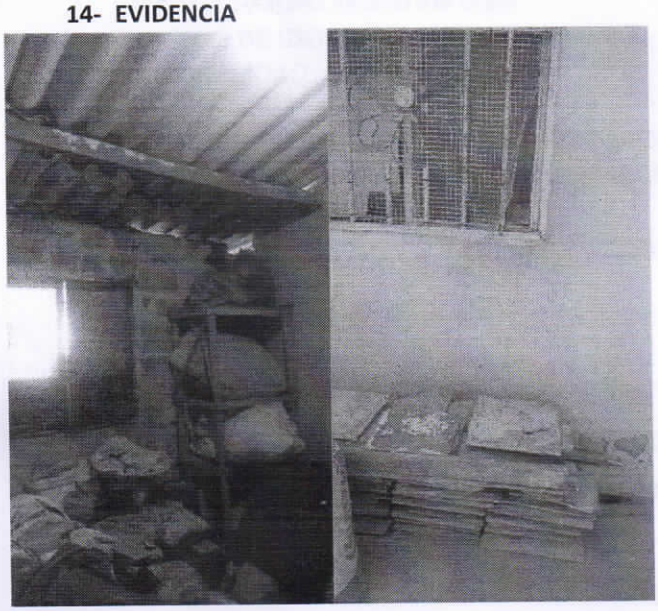
13- OBSERVACION Y/O CONCLUSION

DE ACUERDO A LAS EVIDENCIAS LUEGO DE LA VISITA REALIZADA, SE APRUEBA LA ENTREGA DE LA AYUDA SOLICITADA. EN ESTE CASO SERIA ATAUD Y TRASLADO PARA ASLYANNYS MARIANN. CON UN MES DE VIDA NUMERO DE IDENTIFICACION 1240700315

OK

Aprobado
27-03-2023

14- EVIDENCIA



FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA LA VISITA
NOMBRE DEL PROFESIONAL: ANGEL MARTINEZ
CARGO: PSICOLOGO
CC. 1042457423

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23030320209292

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
ATLÁNTICO	SOLEDAD

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	2023-03-20	06:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Registro civil	1240700315

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ACOSTA	NAVA	ASHLEANNYS	MARIANNA

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	1045735633

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ACUÑA	RODRIGUEZ	DANIELA	CECILIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1045735633

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	SOLEDAD

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	Dra. Daniela Acuña Rodríguez
2023-03-20	Daniela Acuña R. R.M. 1045735633

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-03-20 12:21

Código verificación: D2D5-4ABD-CC60-0189

REGISTRO CIVIL
MADO DIGITALMENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
33517879-1

6 3 8 8 0 9 7 2

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63880972**

NUIP 1240700315

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código A 2 G

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA AUXILIAR 3-H MIRED IPS S.A.S CAM.SIMON B *******

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACOSTA **********	NAVA **********

Nombre(s)

ASHLEANNYS MARIANNA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 25	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	23011710306456 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

NAVA CHIRINOS ORLEANYS CIVOET **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE No. 19195779 **********	VENEZUELA ********

Datos de padre a madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ACOSTA CAMACHO ANTHONY JOSE **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE No. 22726778 **********	VENEZUELA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACOSTA CAMACHO ANTHONY JOSE **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
DE No. 22726778 **********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

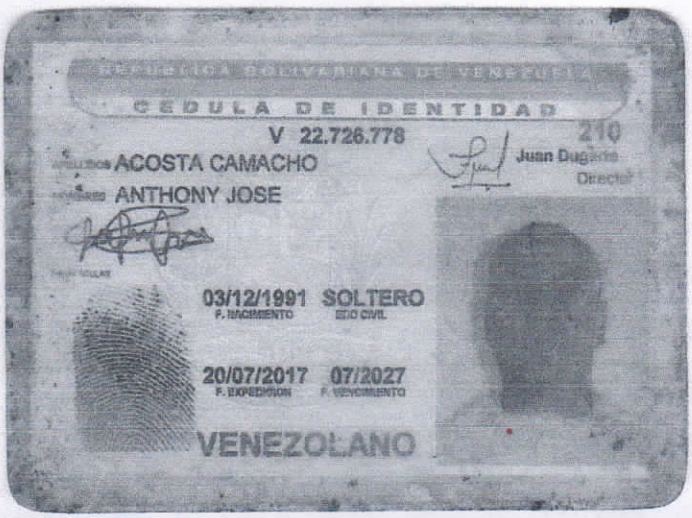
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes ENE Día 25	RAFAEL ANTONIO INSIGNARES MUOTHON Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	RAFAEL ANTONIO INSIGNARES MUOTHON Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 118; OTRO:VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD RES. 8617/2021,; OTRO:CN - NACIDO VIVO;25/01/2023


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 22.726.778
210
ACOSTA CAMACHO
ANTHONY JOSE
Juan Dugarte
Director
03/12/1991
F. NACIMIENTO
SOLTERO
EDO CIVIL
20/07/2017
F. EXPEDICION
07/2027
F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

JUNTA DE ACCION COMUNAL URBANIZACION TAJAMAR II ETAPA

Personería Jurídica No.1332 de Noviembre 1997
Resolución No.000578 dè 2012

Soledad, Marzo 21 de 2023

A QUIEN INTERESE

Yo, **NORMA ELISA GARCIA POLO**, identificada con la cédula de ciudadanía No.32.706.430 de Barranquilla - Atlántico y ejerciendo el cargo de Presidente de la J.A.C. y ejerciendo el cargo de Presidente de la J.A.C. certifico que el (la) señor(a) **ANTHONY JOSE ACOSTA CAMACHO**, identificado con la cedula Venezolana No.22.726.778, ha residido en la Calle 44D #15 A-27, barrio Tajamar II, desde hace más de dos (años) años, y ha perdido a su menor Hija, la cual falleció en el día de ayer. El y su familia son personas de escasos recursos económicos, por lo que estamos solicitando su generosa ayuda, para la cristiana sepultura.

Agradezco a ustedes de antemano toda la ayuda que le puedan brindar a sus familiares en este caso.

Se expide la presente certificación para los trámites pertinentes.

Atentamente,

JUNTA DE ACCION COMUNAL
PRESIDENTE
TAJAMAR II

NORMA ELISA GARCIA POLO
C.C. No.32.706.430 de B/quilla
Presidente JAC

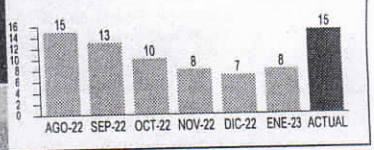
Gases del Caribe S.A. E.S.P.
NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR: Superservicios
REG. NUIR 2-8001000-4

DATOS DEL CONTRATO	Nº CONTRATO: 6138835
Nombre:	RUIZ SILVA JOSE DIMAS
Dirección:	CL 44D KR 15A - 27
Municipio:	SOLEDAD - ATL
Estrato:	2
Uso del Servicio:	RESIDENCIAL
Ciclo:	1406

CUPÓN PARA PAGOS: 215691388 TOTAL A PAGAR: $217,838

FACTURA No. 2111756252 **Página:** 1
Fecha Factura: 07/MAR/2023 **Mes Fact.:** FEB-2023
Período Factura: FEBRERO -2023
Días Facturados: 31 **Pague hasta:** INMEDIATO

CONSUMO EN M3 DE ULTIMOS 6 MESES



Promedio 10

DATOS DEL MEDIDOR

Lect. Actual (m3)	-	Lect. Anterior (m3)	x	Factor de Corrección	=	Consumo mes (m3)
						15

Medidor: F-7962621-12
Período Consumo: 29/ENE - 28/FEB | Presión (PSI): 0.33 | Temperatura (°F) 74.295 | Cálculo Consumo: ESTIMADO
Motivo de Estimación: NO SE TIENE ACCESO AL MEDIDOR
El Certificado de su Instalacion se encuentra Vigente.
Plazo Máximo de Revisión Periódica:
FECHA DE SUSPENSIÓN POR FALTA DE CERTIFICACIÓN DE INSTALACIÓN INTERNA:

LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO

Rango	Valor x M3	Consumo	Valor Consumo
0 20	3043.14	15	45,647.10
21 MAS	0	0	0.00

Conceptos	Saldo anterior	Cargos del mes por servicios facturados			Saldo Diferido	Cuotas pendientes
		Capital	Intereses	Total		
SERV.GAS (Serv.Susc.6138835)						
Saldo Anterior	142,625					
CONSUMO DE GAS NATURAL		45,647			4,875	7
CONSUMO DIFERIDO RESCREG-059 (Noviembre-2020)		689	0		12,764	9
CONSUMO DIFERIDO RESCREG-059 (Noviembre-2020)		1,404	0		12,807	5
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Noviembre-2020)		2,543	0		9,370	6
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Noviembre-2020)		1,538	0		11,098	7
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Noviembre-2020)		1,574	0		11,770	4
OTROS CONCEPTOS DIFERIDO RESCREG-059 (Noviembre-2020)		2,943	0		3,596,264	117
ACUERDO DE PAGO_30/11/2022		19,863	16,428		96,311	120
CONSUMO - RESCREG048		5,396			2,579,556	120
SUBSIDIO - RESCREG048 50.00% Cons.		-2,698				
SUBSIDIO 50.00% Cons.		-22,824				
REVISION PERIODICA_30/11/2022		0				
Financiacion_30/11/2022		0				
IVA		103				
INTERES DE MORA (Tasa 3.17%)			2,607			
Total Servicios		56,178	19,035	75,213	6,334,845	



Solo personas registradas y autorizadas por Gases del Caribe y debidamente certificadas, pueden realizar trabajos en su instalación de gas natural. Para mayor información comuníquese con nosotros.

Somos grandes contribuyentes. Agente de retención de IVA. Autorretenedores, resolución 0547 de Enero del 2002. (*) Para presentar reclamaciones al respecto, por favor vea el respaldo de la factura.

Representante Legal





Pague sin recargo hasta: INMEDIATO
FECHA DE SUSP. POR MORA A PARTIR DE* INMEDIATO TOTAL A PAGAR: $217,838
Saldo a Favor: 0 Meses de deuda 4
Valor en Reclamo 0
15 M3 Equivalen a 155.55Kwh Aprox $ 293.46 kw/h
Valores en Vigencia: DES(h)=0 IPLI=100% IO=100% IRST=NO APLICA Valores calculados: DES(h)=0 COMPENSACION($)=0
CUPÓN PARA PAGO: 215691388
No. CONTROL 3034697847 Gm = $1511 Tm = $322 Dm = $762 Cv = $0 Cc = $0 Cm = $4534







Esta factura prestará mérito ejecutivo de acuerdo con las normas del derecho cambiario

Gases del Caribe S.A. E.S.P.
NIT. 890.101.691-2
VIGILADO POR LA S.S.P. REG. NUIR 2-8001000-4

Nº CONTRATO:	6138835		
Número de Control:	3034697847	Página:	1/1
Ruta Reparto:	14065811150420500		
Meses Deuda:	4	Ciclo:	1406

CUPÓN PARA PAGOS: 215691388
TOTAL A PAGAR: $217,838

(415)7707232377896(8020)0215691388(3900)0000217838(96)20330323

FAVOR, NO COLOCAR SELLO SOBRE EL CODIGO DE BARRAS

FUNDACIÓN CLÍNICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR

Fecha Actual : lunes, 20 marzo 2023

EPICRISIS

Nº135466

INFORMACIÓN GENERAL

Confirmado

Fecha Documento:	20/marzo/2023 07:14 a. m.	**Ingreso:**	460643				
Médico:	1143439883	ALBAMIS MOJICA ANAYA					
Informacion Paciente:	ASHLEANNY MARIANA ACOSTA NAVA			**Tipo Paciente:**	Subsidiado	**Sexo:**	Femenino
Tipo Documento:	RegistroCivil	**Número:**	1240700315	**Edad:**	0 Años / 1 Meses / 24 Días	**F. Nacimiento:**	25/01/2023
E.P.S:	CCF055	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO					
Entidad:							

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso	Ninguna	**Fecha Egreso:**	20/marzo/2023 07:14 a. m.	**Estado Paciente:**	VIVO

Motivo Consulta:

Enfermedad Actual:

PACIENTE FEMENINO DE 54 DIAS DE EDAD QUIEN INGRESA EN BRAZO DE LA MADRE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 5 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CIANOSIS ASOCIADO A SIGNOS DE LIVIDEZ , MADRE NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, GASTROINTESTINAL, URONARIA, NIEGA FIEBRE, NIEGA TODOS LOS SINTOMAS, MADRE REFIERE QUE CUADRO SE LEVANTÓ LA ENCONTRÓ ASÍ QUE NO SABE QUE LE HABRIA PASADO, MADRE REFIERE QUE SE ENCONTRABA BIEN DE SALUD , QUE NO ENCONTRABAN FORMNA DE TRANSPORTARSE POR QUE NO TIENEN DINERO Y PIDIERON CHANCE Y NADIE LOS QUIZO AYUDAR, POR ESO NO LOGRARON LLEGAR A CUALQUIER CENTRO DE SALUD, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA

ANTECEDENTES
PRODUCTO # 4 DE PARTO VAGINAL PODÁLICO A LAS 38 SEMANAS , MADRE REFIERE QUE AL NACER LE REALIZARON EXAMENES DE PERFIL INFECCIOSO NORMAL, PESO AL NACER 3247, TALLA 50, ALIMENTACION: BABY KLIM + ENFAMIL
PATOLÓGICOS: NIEGA MEDICAMENTOS: NIEGA
ALÉRGICO: NIEGA , QUIRÚRGICO: MADRE NIEGA , FARMACOLÓGICOS: NIEGA, HOSPITALIZACIONES: NIEGA
GRUPO SANGUÍNEO: O+, INMUNIZACION : BCG Y HEPATITIS B PRESENTA CARNET DE VACUNACION QUE SE ANEXA A LA HISTORIA CLINICA , PROCTO # 2 POR MUERTE SUBITA INFANTIL HACE 4 AÑOS ALOS 6 MESES DE EDAD

EXAMEN FISICO
FC: 0, FR: 0, TA: 0/0, SP: 0%, PESO: 2800 GR, TALLA : 50 CM
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO NORMOCONFIGURADO, FONTANELAS ABOMBADAS, PUPILAS MIDRIATICAS NO REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS CLARAS ANICTERICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, MUCOSA ORAL PALIDA, PULSO CAROTIDEO AUSENTE TORAX: SIMETRICO NO EXPANSIBLE NO MECANICA VENTILATORIA PULMONES NO VENTILADOS MURMULLO PULMONAR AUSENTE, RUIDOS CARDIACO AUSENTES. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL PERISTALSIS (-) CON CANALIZACION DE FLATOS. GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO, CON DIURESIS (-), EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIMETRICAS, SIN EDEMA NO LLENADO, PULSOS PERIFERICOS AUSENTES. PIEL Y FANERAS: PIEL INTEGRA DE BUENA TEXTURA, HIPOTERMICA. SNC: SIN RESPUESTA.

ANALISIS: PACIENTE FEMENINO DE 54 DIAS DE EDAD QUIEN INGRESA EN BRAZO DE LA MADRE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 5 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CIANOSIS ASOCIADO A SIGNOS DE LIVIDEZ , MADRE NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, GASTROINTESTINAL, URONARIA, NIEGA FIEBRE, NIEGA TODOS LOS SINTOMAS, MADRE REFIERE QUE CUADRO SE LEVANTÓ LA ENCONTRÓ ASÍ QUE NO SABE QUE LE HABRIA PASADO, MADRE REFIERE QUE SE ENCONTRABA BIEN DE SALUD , QUE NO ENCONTRABAN FORMNA DE TRANSPORTARSE POR QUE NO TIENEN DINERO Y PIDIERON CHANCE Y NADIE LOS QUIZO AYUDAR, POR ESO NO LOGRARON LLEGAR A CUALQUIER CENTRO DE SALUD, CON ANTECEDENTES DESCRITOS , AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS VITALES, CON SIGNOS DE LIVIDEZ, PUPILAS MIDRIATICAS, NO REACTIVA S A LA LUZ FONTANELAS ABOMBADAS, LLAMA LA ATENCION QUE PESÓ AL NACER 3.247 GR Y BAJÓ A 2800 GR, SE DECLARA MUERTE A LAS 6 AM QUE LLEGÓ EN BRAZOS DE LA MADRE, NO SE CERTIFICA MUERTE POR EDAD Y CAUSA DESCONOCIDA DE SU FALLECIMIENTO, SE SOLICITA POLICIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, PARA ESTUDIO DEL CADAVER POR FISCALIA, SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA LO INDICADO

PERCENTIL : T/E: -2, P/T: -2 Y-3

IDX
MUERTE SUBITA INFANTIL EN ESTUDIO
DESNUTRICION ??

PLAN
EMBALAR
NOTIFICACION A POLICIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA
TRASLADO A MORGUE

Revisión del Sistema:

Indica Med/Conducta:

Estado Ingreso:

Antecedentes:

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida: