DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : b41965bd6d23578cd50288db6d4205598d238af6a6f05b7ef8e2ee3ecbb009fcc5b3086d4a40dd4363dc0a861911348c

Número de Factura: FVE-409
Fecha de Emisión: 16/08/2023
Fecha de Vencimiento: 15/09/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

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

Datos del Emisor / Vendedor

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

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

Datos del Adquiriente / Comprador

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

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

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario antes de	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	0136	SERVICIO DE CEMENTERIO	NIU	1,00	$ 12.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 12.000.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Comp. Ing. # 7779 Arrendo de Bóvedas según contrato Municipio de Pasto (Secretaria de Bienestar Social - Cementerio Nuestra Señora del Carmen)

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-08-16 22:24:00
Documento generado el: 2023-08-16 22:23:59
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	12.000.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12.000.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12.000.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	12.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764051954045 Rango desde: 401 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2024-07-17

ALCALDÍA DE PASTO	PROCESO ATENCIÓN SOCIAL			
	NOMBRE DEL FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN			
	VIGENCIA 08-Jun-18	VERSIÓN 02	CODIGO AS-F-092	PAGINA 1 de 5

CONVENIO Y/O CONTRATO DE INTERES PÚBLICO NÚMERO	**CONTRATO No: 20233818**
CONTRATISTA	**PARQUE CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**
FUNDACIÓN	**N.A**
OBJETO DEL CONVENIO Y/O CONTRATO	El Municipio de Pasto requiere el arrendamiento del inmueble ubicado en la ciudad de Pasto, en la siguiente dirección calle 22 bis no. 28 – 91, Aranda, descrito en la escritura pública no. No. 967 del 30 de septiembre de 1983 expedida por la notaria (01) de Pasto, con la matricula inmobiliaria 240-41658 y la cedula catastral 010500350001000 y con los siguientes linderos: "lote de terreno, parte integrante del actual Cementerio Nuestra señora del Carmen, ubicado en el municipio de Pasto, Aranda, lote que aporta en una extensión de sesenta y dos mil setecientos cuarenta y siete hectáreas (72.747 metros cuadrados). por el pie u oriente, con terrenos de Amalia Zarama de Luna, camino de ir a Aranda por medio, por el costado derecho cabecera, costado izquierdo, con terrenos del mismo vendedor Zarama zanjas existentes en los costados derechos y cabecera y mojones en tierra, en el izquierdo por medio; norte con terrenos de Cayetano Chavez en longitud de 284.5 metros, al sur con terrenos de Cayetano Chavez en longitud de 162 metros, al oriente con la calle 22 Bis extensión 366 metros y al occidente con terrenos de Cayetano Chavez en longitud de 420 metros." A pesar de la descripción de la cabida y linderos, el inmueble objeto del presente contrato EL ARRENDADOR entrega a título de arrendamiento el uso y goce de bóvedas y osarios ubicados en el CEMENTERIO DE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN destinados a la inhumación de cadáveres no identificados N.N. y población vulnerable del Municipio de Pasto, en modalidad de monto agotable SGM_BS008.

REQUISITOS DE EJECUCIÓN

Registro presupuestal	2023005164 del 27 de Julio 2023
Resolución de aprobación de Póliza	N.A
Acta de inicio	28 de Julio de 2023
Periodo de supervisión	28 de Julio al 15 de Agosto de 2023
Fecha de realización	17 de agosto 2023
Valor Total del convenio y/o contrato	$ 120.000.000

	ACTIVIDADES SEGÚN OBJETO CONTRACTUAL - CONVENIO Y/O CONTRATO	RESULTADOS	EVIDENCIA CUMPLIMIENTO		
			SI	NO	NA
1	El contratista se compromete a prestar el servicio de inhumación para cadáveres de población vulnerable que incluye los siguientes servicios: inhumación en bóveda, arrendamiento para un periodo de (05) años, inhumación de cadáver y sellamiento de bóveda, placa con nombre y apellido, ubicación de las bóvedas en el sector B del cementerio de conformidad a las especificaciones estipuladas en la ficha técnica.		X		
2	El contratista se compromete a prestar el servicio de inhumación para cadáveres de personas no identificados (P.N.I.) que incluye los siguientes servicios: inhumación en bóveda, arrendamiento por un periodo indefinido, inhumación de cadáver y sellamiento de bóveda, placa NUC con identificación de la persona y fecha de inhumación, ubicación de la bóveda en el sector B del cementerio de conformidad a las especificaciones estipuladas en la ficha técnica.				X
3	El contratista se compromete a prestar el servicio de osarios para cadáveres no identificados (P.N.I.) que incluye los siguientes servicios: servicio de osario a perpetuidad, los servicios de inhumación o exhumación los realizara el personal del cementerio, tapa de concreto que se instala en el osario por parte de los operarios del Campo Santo se coloca el NUC y fecha de inhumación, de conformidad a las especificaciones estipuladas en la ficha técnica.				X
4	El contratista de conformidad con la ficha técnica deberá garantizar que durante toda la ejecución del presente contrato el cuerpo de una persona vulnerable deberá		X		

	permanecer en la bóveda por un término igual o superior a cinco (05) años y un tiempo indeterminado para cuerpo de persona no identificada (N.N).				
5	El contratista durante el término que dure el contrato se encargará de individualizar colocando en cada bóveda a mano y con pintura los nombres y apellidos de la persona fallecida y la fecha de defunción; en caso de ser persona (N.N) se relacionará el número de identificación del cadáver NUC, según la información suministrada por medicina legal, de tal manera que se requiera o se facilite la posterior identificación del cadáver no identificado (N.N) para la exhumación, previa la autorización o solicitud d la autoridad competente.		X		
6	El contratista deberá realizar la inhumación y el respectivo sellamiento de la bóveda de conformidad a las consideraciones contempladas en la ficha técnica del presente contrato		X		
7	El contratista deberá realizar la inhumación en bóveda independiente para cada cadáver en el sector B de conformidad a las especificaciones contempladas en el contrato.		X		
8	El contratista deberá garantizar que el arrendamiento del osario es a perpetuidad.				X
9	El contratista deberá acreditar que está en capacidad y la disponibilidad de entregar en arrendamiento de bóvedas, las cuales cumplen con todos los requisitos necesarios para la inhumación de los cadáveres.		X		
10	El contratista deberá realizar las adecuaciones locativas necesarias para el buen y correcto funcionamiento del inmueble.		X		
11	El contratista deberá presentar factura de acuerdo al resultado del número de bóvedas efectivamente ocupadas y por el valor respectivo		X		

	del canon de arrendamiento pactado, durante la ejecución del contrato.				
12	El contratista deberá Informar oportunamente al supervisor del contrato de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.		X		
13	El contratista deberá presentar los documentos necesarios para la legalización y perfeccionamiento del contrato.		X		
14	El contratista deberá realizar los aportes a seguridad social integral		X		
15	El contratista deberá realizar los pagos de impuestos y deducciones necesarios requeridas por el Municipio de Pasto		X		
16	El contratista deberá colaborar para el normal desarrollo del contrato a celebrar.		X		
17	Las demás obligaciones que sean análogas y de uso común de acuerdo al objeto del contrato.		X		
18	Desarrollar y cumplir el objeto del contrato de acuerdo con el alcance previsto en los documentos que hacen parte del mismo.		X		
19	Realizar el pago total o parcial de servicios esenciales y básicos como son energía, agua, alcantarillado. Servicio de recolección de basura y residuos de tal manera que se garantice la prestación de servicios de manera ininterrumpida.		X		
20	Mantener en el inmueble los servicios, las cosas y los usos conexos en buen estado de servir para el cumplimiento del objeto del contrato.		X		
21	Será obligación del contratista mantener libre e indemne al municipio de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que se deriven de sus actuaciones u omisiones.		X		
22	Dar uso correcto y adecuado a los recursos aportados por el Municipio, los cuales solo podrán ser destinados a la ejecución del presente contrato.		X		

23	En todo caso el contratista efectuará acciones y actividades relacionadas y actividades relacionadas con el objeto contractual y que garanticen su adecuada ejecución, de acuerdo con las recomendaciones y observaciones que realice el supervisor del presente contrato.		X		

Una vez revisado el primer informe presentado por el **CEMENTERIO CENTRAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN** me permito manifestar que, durante el periodo en mención, se evidencio un cumplimiento de las obligaciones suscritas en el contrato N°. **20233818**, cumpliendo con el objetivo del mismo.

Se consolida el primer periodo de la ejecución del objeto del convenio y/o contrato N°. **20233818,** correspondiente al primer periodo de los servicios prestados por valor total de **$12.000.000** (DOCE MILLONES MCTE). Por el del periodo comprendido entre 28 de julio de 2023 al 15 de agosto de 2023, discriminados de la siguiente forma:
Servicios prestados al PROGRAMA RECUPERANDO MI HOGAR por un valor de **$6.000.000** (SEIS MILLONES MCTE);
PROGRAMA ADULTO MAYOR, por valor de **$6.000.000** (SEIS MILLONES MCTE).

NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO
Subsecretaria de Gestión y Proyectos
Supervisor (a)

Elaboro:
Nory Graciela Molina Guerrero.
Contratista

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

San Juan de Pasto, 16 de agosto de 2023

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

Cordial saludo de paz y bien.

De la manera más atenta, para que se sirva ordenar a quien corresponda la cancelación de las bóvedas arrendadas por el Parque Cementerio Nuestra Señora del Carmen y que ascienden a la suma de: DOCE MILLONES DE PESOS MCTE ($ 12.000.000). Que corresponden al arrendo de: veinte (20) bóvedas.

Anexo documentos requeridos para el trámite correspondiente.

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

Atentamente,

JAIME AYALA RODRIGUEZ
Administrador
Celular 3006150637

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

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

DIFUNTO (A)	SEXO	FECHA	BOVEDA Nº.	VALOR	POBLACION
1. CARMEN ALICIA CHASPUENGAL ARTEAGA .	FEMENINO	ABRIL DE 2023	596	$ 600.000	VULNERABLE
2. REINALDO GONZALES MONTENEGRO .	MASCULINO	ABRIL DE 2023	486	$ 600.000	VULNERABLE
3. CLEOTILDE INES PINCHAO	FEMENINO	ABRIL DE 2023	487	$ 600.000	ADULTO MAYOR
4. R/N CERT. DEF. 23041720240699,	FEMENINO	MAYO DE 2023	180 B NIÑOS	$ 600.000	VULNERABLE
5. HECTOR JOSE FIGUEROA	MASCULINO	MAYO DE 2023	271	$ 600.000	ADULTO MAYOR
6. TEONILA MELENDEZ HERMOSO	FEMENINO	MAYO DE 2023	438	$ 600.000	ADULTO MAYOR
7. KEVIN ALEXANDER PUPIALES ROMERO	MASCULINO	MAYO DE 2023	737	$ 600.000	VULNERABLE
8. AVELINA MUÑOZ	FEMENINO	JUNIO DE 2023	465	$ 600.000	VULNERABLE
9. VISITACION BENAVIDES ZAMBRANO	FEMENINO	JUNIO DE 2023	457	$ 600.000	VULNERABLE
10. ESMERALDA GONZALES	FEMENINO	JUNIO DE 2023	458	$ 600.000	ADULTO MAYOR
11. MARIA MERCEDES BENAVIDES ALTAMIRANO	FEMENINO	JUNIO DE 2023	441	$ 600.000	ADULTO MAYOR
12. ZOILA VICTORIA LOPEZ PAZ	FEMENINO	JUNIO DE 2023	1198	$ 600.000	VULNERABLE
13. TEODULO ESTRADA	MASCULINO	JULIO DE 2023	1875	$ 600.000	VULNERABLE
14. CARLOS ENRIQUE SERNA VALLEJO	MASCULINO	JULIO DE 2023	954	$ 600.000	ADULTO MAYOR
15. SEGUNDO EFRAIN LOPEZ	MASCULINO	JULIO DE 2023	1745	$ 600.000	ADULTO MAYOR
16. MARIA CRISTINA MARTINEZ SOLARTE	FEMENINO	JULIO DE 2023	2335	$ 600.000	ADULTO MAYOR
17. R/N CERT. DEF. 23072120320941	INDETERMINADO	JULIO DE 2023	53 B NIÑOS	$ 600.000	VULNERABLE
18. OSCAR IVAN SUAREZ PORTELA	MASCULINO	AGOSTO DE 2023	1481	$ 600.000	VULNERABLE
19. SAUL MANRIQUE	MASCULINO	AGOSTO DE 2023	1484	$ 600.000	ADULTO MAYOR
20. YENY CONCEPCION ARCINIEGAS RODRIGUEZ	FEMENINO	AGOSTO DE 2023	1488	$ 600.000	ADULTO MAYOR

VALOR EN ESTA ACTA: DOCE MILLONES DE PESOS MCTE. ($12.000.000)

SECRETARIA DE SALUD - PASTO

LICENCIA DE INHUMACIÓN. CREMACIÓN O TRASLADO

New. Bov. # 3

5968 cel alcaldía.

Fecha de Expedición: Día 10 Mes 04 Año 23

No. 890 04.2023.

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2304172622177 9

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Leonardo Carlos el Pecue-

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado)
Chapuengal.	Ortega.	Carmen	Alicia	F

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ☐ Cabecera Mpal. ☐ Centro Poblado (Inspección Corregimiento Caserío) ☐ Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Dcto. de Identidad): CC (Tipo Dcto) 29119173.

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 11 Mes 11 Año 1916

TIPO DE DEFUNCIÓN: ☐ FETAL ☒ NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Año 2012 Mes 04 Día 09

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Hora 21 Minutos 00 ☐ SIN ESTABLECER

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

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Cuenca Valencia. Mario

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC (Tipo Dcto) 1085275528. TARJETA PROFESIONAL 521161

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION: ☐ Médico ☐ Enfermero (a) ☐ Aux de Enfermería ☐ Promotor de Enfermería

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 10 Mes 04 Año 2012

SE CONCEDIO PERMISO PARA ☑ INHUMAR. ☐ CREMAR. O ☐ TRASLADAR EL CADÁVER EN: cementerio central el carmen

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: Jesus Arcos

FIRMA

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 29.119.173
CHASPUENGAL ARTEAGA
APELLIDOS
CARMEN ALICIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1960
POTOSI
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.40 B+ F
ESTATURA G.S. R.H. SEXO
22-JUL-1997 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



Vulnerable
Alejandro.

14

10 ABR 2023 10365182

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23041720221779

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: NARIÑO | Municipio: PASTO

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	2023-04-04	07:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	29119173

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CHASPUENGAL	ARTEAGA	CARMEN	ALICIA

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: 1085275548

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
cuenca	valencia	maria	fernanda

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | **REGISTRO PROFESIONAL:** 521461

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: NARIÑO | Municipio: PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: 2023-04-04

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-04-06 17:12

Código verificación: 70CE-C7C4-F6DE-DF14

HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

Juntos por la excelencia

Bov 486 B.

San Juan de Pasto, 18 ABRIL de 2023

Doctora
LEIDY ALEXANDRA JARAMILLO MARTINEZ
Secretaria de bienestar social
Alcaldía de Pasto

Cordial saludo:

Me dirijo a usted con el fin de solicitar de su valiosa colaboración, en el sentido de otorgar Auxilio Funerario para el señor: **REINALDO GONZALEZ MONTENEGRO**, identificado con Cédula de Ciudadanía **No. 16.659.123**, quien ingresa a nuestra institucion el dia 06 de abril 2023 remitido del hospital civil de pasto para manejo en cuidado intensivo, se le brinda en nuestra Institución el manejo medico necesario; pero el paciente fallece el 18 de abril 2023 a la 06:00am

se realizó toda la investigación necesaria para conseguir apoyo familiar; pero no fue posible. Paciente habitante de calle

Por lo tanto solicito nos colabore con esta petición a fin de brindarle cristiana sepultura al señor ROBERTO HURTADO ORTIZ (q.e.p.d).

Atentamente,

DANIA LORENA ERAZO
Atención al Usuario
Hospital Universitario Departamental de Nariño

Anexo: Acta de Defunción.
Historia Clínica de Evolución
Epicrisis.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23044320233226

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-04-18	06:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	16659123

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GONZALEZ	MONTENEGRO	REINALDO	

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	1085263582

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ASTORQUIZA	VITERI	JUAN	CAMILO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	520759

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-04-18	MEDICO GENERAL R.M. 520759

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-04-18 06:23

Código verificación: C052-D023-E581-6596

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

Bóv # 487 B

Fecha de Expedición: Día 21 Mes 04 Año 23

No. 521. 04.2023

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2304747023979741

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): luis Peña las lajas.

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino - Femenino - No determinado)
Pinchao	- -	cicatriz	Inés	M: ☐ F: ☒ ND: ☐

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ☐ Cabecera Mpal. ☐ Centro Poblado (Inspección Corregimiento Caserío) ☐ Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Dcto. de identidad): (Tipo Dcto) CC 30.716.596.

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 17 Mes 12 Año 1939

TIPO DE DEFUNCIÓN: ☐ FETAL ☒ NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Año 2012 B; Mes 04; Día 25

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Hora 11; Minutos 00; ☐ SIN ESTABLECER

PROBABLE MANERA DE MUERTE: ☒ Natural ☐ Violenta (Mod. Leg.) ☐ En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S)	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
Chivaez Eciela. Elbia. Aabia	(Tipo Dcto) CC 5'6.7070. TARJETA PFSIONAL 52199	☒ Médico ☐ Enfermaro (a) ☐ Aux de Enfermería ☐ Promotor de Enfermería

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 21 Mes 04 Año 2023

SE CONCEDIO PERMISO PARA ☒ INHUMAR, ☐ CREMAR, O ☐ TRASLADAR EL CADÁVER EN: Cementerio central el encano

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: FIRMA

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

Bdr # 4878
CAC alcaldia





(2)
ale

(1)



Bóv # 487 B
C&C alcaldía.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2304742023929 4

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-04-25	10:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	30716596

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PINCHAO		CLEOTILDE	INES

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

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR	
Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	5207090

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

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

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	521109

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-04-25	

Erbin Torbin Narvaez Solarte
MEDICO GENERAL
Tarj. Pr. 2109

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-04-25 11:00

Código verificación: 2199-9769-45A9-272D

119 José Vanessa Aguirre

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23041720240699

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Fetal	2023-04-27	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino		

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1085254776

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARELLANO	PORTILLA	NATHALIA	MERCEDES

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	52-0585

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-04-27	Nathalia Arellano P.

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-04-27 01:24

Código verificación: 6B95-2979-9582-C0C0

(3)

ale

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

No. 197-05-2023

Fecha de Expedición: Día 17 Mes 05 Año 23

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2305952025713 2

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Castro Leonardo Funeraria San José

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado)
FIGUEROA		HECTOR	JOSÉ	X

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: [X] Cabecera Mpal. [ ] Centro Poblado (Inspección Corregimiento Caserío) [ ] Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Dcto. de Identidad): CC (Tipo Dcto) 12.950.481

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 20 Mes 09 Año 1914

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

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Año 2012 Mes 05 Día 16

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION: Hora 09 Minutos 30 [ ] SIN ESTABLECER

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

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Paredes Cordoba Lina Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: CC (Tipo Dcto) 1144062081 — TARJETA PROFESIONAL

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

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO Día 16 Mes 05 Año 2013

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

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: Hector Arcos Ev.

FIRMA

LEY 66 DE 1919 EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRA LA INHUMACIÒN DE CADAVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBE CONSERVARSE EN EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

Systemworks

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23059520257132

La información contenida en este certificado se entrega bajo la gravedad del juramento, de conformidad con lo establecido en el artículo 442 del Código Penal y el artículo 33 de la Ley 962 de 2005. Cualquier modificación o corrección a la información contenida en este certificado, deberá ser solicitada ante la autoridad competente.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-05-16	04:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	12950481

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO (EN EL ORDEN PRESENTADO EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FIGUEROA		HECTOR	JOSE

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, RASGOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA 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	1144062081

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PAREDES	CORDOBA	LINA	MARIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1144062081

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	
2023-05-16	Lina María Paredes C.

Lina María Paredes C.
C.C. 1144062081
Médico General
Pontificia Universidad Javeriana

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-05-16 11:05

Verificación: 8140 2651 4203 4671

GUADALUPE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.960.481
FIGUEROA

APELLIDOS
NECTOR JOSE

NOMBRES

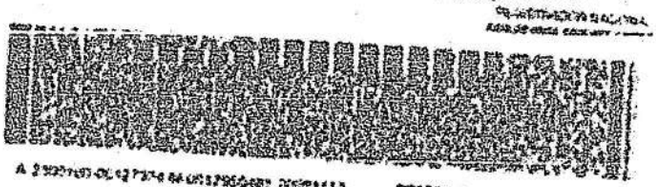
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1944
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-DIC-1969 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A 2302100-00149784-M-0012960481-20030113 0000000000 0

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23057020258750

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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	2023-05-18	08:25:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	37080501

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MELENDEZ	HERMOSO	TEONILA	

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 DEFUNCION

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1233191802

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
HERRERA	MARQUEZ	DIANA	CATALINA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1233191802

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-05-18	Dra. Diana C. Herrera M. Medico General R.M. 1233191802

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-05-18 09:37

Código verificación: E2C2-3CB6-D51E-48B0

EPICRISIS
Fundacion Hospital San Pedro

Vigencia: febrero de 2014

Nombres y apellidos	MELENDEZ HERMOSO TEONILA			Convenio	EMSSANAR EPS SAS SUBSIDIADO 2023-2024				
Tipo de identificación	CC	No. Identificación	CC37080501		Edad	67 Años		Admisión	1327490

INGRESO					EGRESO				
dd	mm	aa	Hora	Min	dd	mm	aa	Hora	Min
12	05	2023	21	51	18	05	2023	10	36
Servicio	URGENCIAS				Servicio	URGENCIAS GENERALES-ESTANCIA			
Nombre acudiente	MONICA VILLOTA				Telefono	3166964999			

DIAGNOSTICO	CIE-10	DIAGNOSTICO	CIE-10
EPILEPSIA- TIPO NO ESPECIFICADO	G409	CHOQUE - NO ESPECIFICADO	R579
		INFECCION DE VIAS URINARIAS- SITIO NO ESPECIFICADO	N390
		NEUMONIA BACTERIANA- NO ESPECIFICADA	J159

Condiciones generales de la salida

VIVO		MUERTO	Antes de 48 horas de Ingreso		Después de 48 horas de Ingreso	X
Causa externa	ENFERMEDAD GENERAL			Causa Salida	ORDEN MEDICA	

Motivo de la consulta (percepción del usuario)

REMITIDA DEL PERPETUO SOCOCRO CON DX DE STATUS CONVULSIVO

Enfermedad actual

PACEITEN REMITIDA DE HOSPITAL PERPETUO SOCORRO POR RPESNETAR STATUS CNVULSIVO REFEIRE MEDICO DE REMISION QUE HOY TUVO DOS CONBVULSIONES ULTIMA DE MENOS DE 1 MINIITO QUE DESDE EL 08/05/23 SE RETIRAN TODOS SUS ANTICONVULSIVANTES POR LO CUAL REMITENA NUESTRA ISNITTUCION , REFEIRE QUE ELLA TEINE DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA TRASTORNO BIPOLAR HIPOTIROIDISMO , AL MOENTO CON POBRE RESPEUSTA AL MEDIO SU ESTADO BASAL ES CON TENDENCIA A LA AGRESIVIDAD , LLAMA ALA ANTECION EN HISTORIA DE REMISION TRANSAMINITIS MANTENIDA Y LEUCOPENIA

Antecedentes: patológicos, alérgicos, quirúrgicos, farmacológicos , ginecobstetricos, familiares

09/04/2023 06:57:18 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: LEVETIRACETAM 500 MG TABLETA WINTHROP, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 CADA 12 HORAS

09/04/2023 06:57:01 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: LEVOTIROXINA 75 MCG TABLETA, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 CADA DIA

09/04/2023 06:56:44 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: QUETIAPINA 50 MG, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 AL DESAYUNOO Y 1 AL ALMUERZO

09/04/2023 06:56:24 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: QUETIAPINA 100 MG, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 CADA NOCHE

09/04/2023 06:55:51 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: CLONAZEPAM 2 MG TABLETA, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 EN LA NOCHE

09/04/2023 06:55:32 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: CLONAZEPAM 0.5 MG TABLETA, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 CADA 12 HORAS

09/04/2023 06:55:14 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: ARIPIPRAZOL 15 MG, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 CADA 12 HORAS

09/04/2023 06:54:53 p. m.-MEDICAMENTOS EN USO-MEDICAMENTO: CARBONATO DE LITIO 300 MG TABLETA, VÍA: ORAL,FRECUENCIA: 1 TABLETAS AM Y PM

09/04/2023-ALERGICOS-NO HAY DATOS

09/04/2023-QUIRURGICOS-NO HAY DATOS

09/04/2023-PATOLOGICOS-TRASTONRO AFECTIVO BIPOLAR - EPILEPSIA - HIPOTIRGIDISMO

27/11/2018-PATOLOGICOS-RETARDO MENTAL MODERADO HIPOTIROIDISMO CONSULVIONES

Hallazgos al examen físico relacionados con la patología de ingreso

Estados de Conciencia	OTROS			Glasgow	5		SaO2 (si aplica)	99		
TA	90/59	FC	68	FR	19	T°	36	PESO	48	TALLA	150

Examen Físico por sistemas

SISTEMAS	N	A	NE	SISTEMAS	N	A	NE	SISTEMAS	N	A	NE	SISTEMAS	N	A	NE
1.Cabeza	X			6. Garganta:	X			11. Abdomen:	X			16. Extrem. inferiores:	X		
2.Ojos	X			7. Cuello:	X			12. Pelvis:	X			17. Espalda:	X		
3. Oidos:	X			8. Torax:	X			13. Tacto rectal:	X			18. Piel:	X		
4. Nariz:	X			9. Corazón:	X			14. Genitourinario:	X			19. Endocrino:	X		
5. Boca:		X		10. Pulmón:	X			15. Extrem. superiores:	X			20. Sistema Nervioso:		X	

Descripción:

1. Cabeza-NRMOCEFALO

2. Ojos-PUPILAS ISOCIRCAS NORMOREACTIVAS

Otros-CONIENTE SOKNOLIENTA APERTURA OCULAR ESPONTANEA FLLOCALIZA AL DOLOR SIN RESPEUSTA VERBAL GALSOWM 10/15

5. Boca-MUCOSA ORLA SECA

Otros-RITMICO

Otros-MUMRULLOV ESICAULRCOSNREVADO

Otros-BLANDO DEPRESILBE NOD SOLO NO SINOGS DE IRIRTACION PEIROTNEAL

Bou 1
737

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2305262025918 9

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	ALBÁN

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	2023-05-15	18:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1233191985

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PUPIALES	ROMERO	KEVIN	ALEXANDER

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	1085334642

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PALOMINO	DIAZ	MARIA	CAMILA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1085334642

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento	Municipio
NARIÑO	ALBÁN

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	Medimas E.S.O.
2023-05-18	C.C. 1085334642

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-05-18 18:06

Código verificación: 4162-0718-331B-

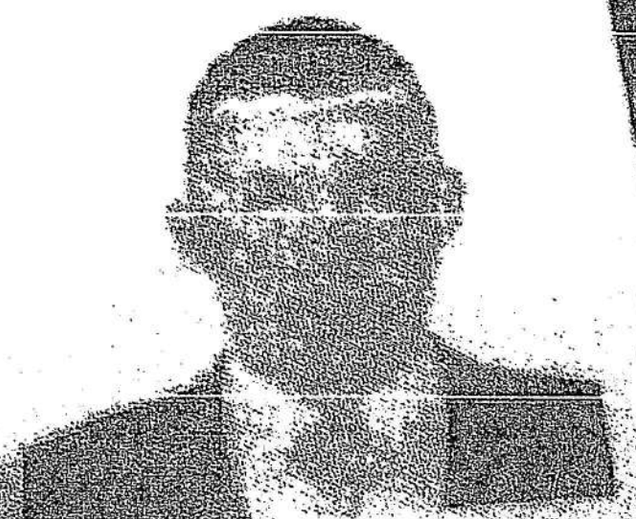
Bov # 737

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.233.191.985

PUPIALES ROMERO

KEVIN ALEXANDER



Kevin Pupiales

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1998

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-SEP-2016 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

Bov # 465 B

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23064920275034

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 DEFUNCION

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Area	Centro Poblado (Inspeccion, corregimiento o caserio)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-06-05	22:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	29652475

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MUÑOZ		AVELINA	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cual pueblo indigena pertenece?
Natural	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadania	1085316399

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Garcia	Garcia	Paola	Stephania

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1085316399

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año Mes Dia	
2023-06-06	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-06-06 09:57

Código verificación: 9A0D-259A-98E4-D5C8

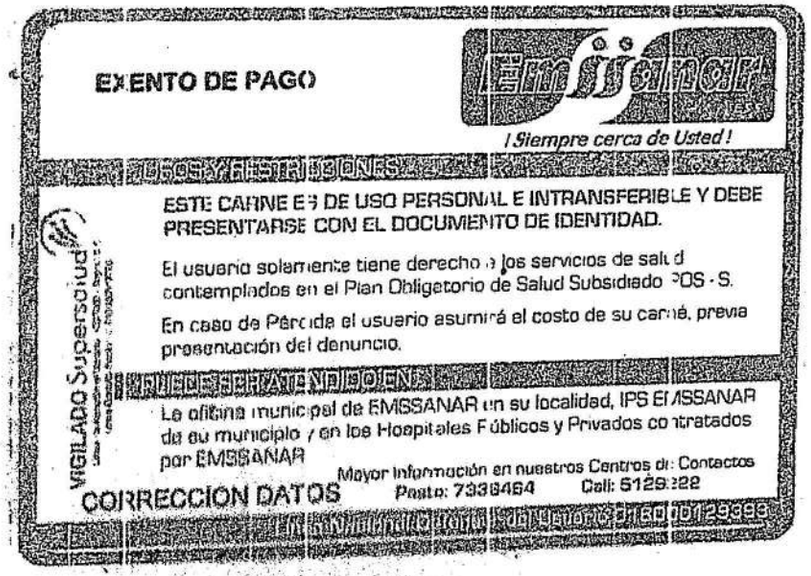
6

19

Bov # 4653 Cal









Powered by Cam

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

Bón # 457 Cel Aleida

Fecha de Expedición: Día 15 Mes 06 Año 2013

No. 145-06-2013

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S)

BAUTISTA JAVIER ENRIQUE EL RECUERDO

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO
BENAVIDES	ZAMBRANO			M

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: Cabecera Mpal. / Centro Poblado / Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Doc. de Identidad): Tipo Doc. 1 — 98[illegible]

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 12 Mes 1 Año 1934

TIPO DE DEFUNCIÓN: FETAL / NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: Año 2013 Mes 06 Día 14

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: 6 HORA 30 MINUTOS

MANERA DE MUERTE: Natural / Violenta (Muerte Accidental, Homicida, Suicida) / En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): GARCÍA GARCÍA PAOLA STEPHANIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: Tipo Doc. 5 (TARJETA PERSONAL) 1085316599

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION: Médico / Enfermera / Auxiliar de Enfermería / Otra Cual?

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO Día 15 Mes 06 Año 2013

SE CONCEDIO PERMISO PARA: X INHUMAR, ☐ CREMAR, O TRASLADAR EL CADAVER EN: N.I. Cementerio Central El Carmen

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: HECTOR RAMOS

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

Bov #457 B

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23069320283597

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-06-15	09:35:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	37080598

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BENAVIDES	ZAMBRANO	VISITACION	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA 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	1085316399

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Garcia	Garcia	Paola	Stephania

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1085316399

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

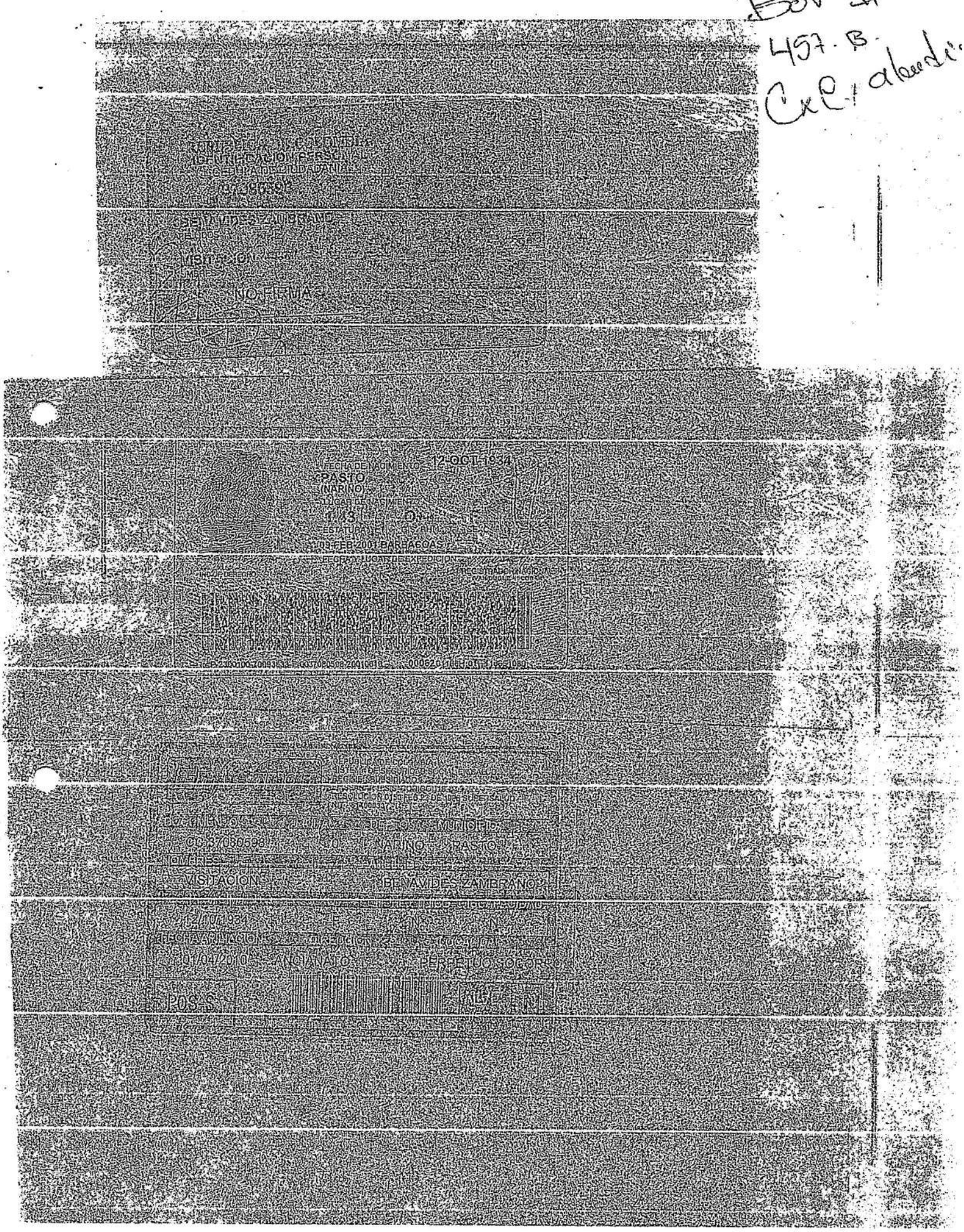
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-06-15	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-06-15 13:32

Código verificación: F9F4-9CF5-23A0-81A2

(2)

Bov #
457. B.
Cx C. abeede



Bov # 458. B

C×C Alcaldía Adult >

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

No. 179-06-2023

Fecha de Expedición: Día 19 | Mes 06 | Año 23

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2306941202866A85

ALCALDÍA DE PASTO
Legalidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): RAMOS JAVIER FUNERARIA EL RECUERDO.

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / No Informado)
GONZALEZ		ESMERALDA		M

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

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

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

(Tipo Docto) CC 37080758

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 03 | Mes 02 | Año 1946

TIPO DE DEFUNCION

- [ ] FETAL
- [ ] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCION

Año 2021 | Mes 06 | Día 17

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION

Hora 14 | Minutos 50 | [ ] En resultado

SITIO DE LA MUERTE (MUNICIPAL O URBANO)

- [X] Natural
- [ ] Violenta (Mala Praxis)
- [ ] En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): MORA DELGADO LEIDY JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: (Tipo Docto) CC 1061722496

TARJETA PROFESIONAL:

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

- [ ] Medico
- [ ] Enfermero(a)
- [ ] Auxiliar de Enfermería
- [ ] Promotor de Salud

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO. Día 18 | Mes 06 | Año 2021

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

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA

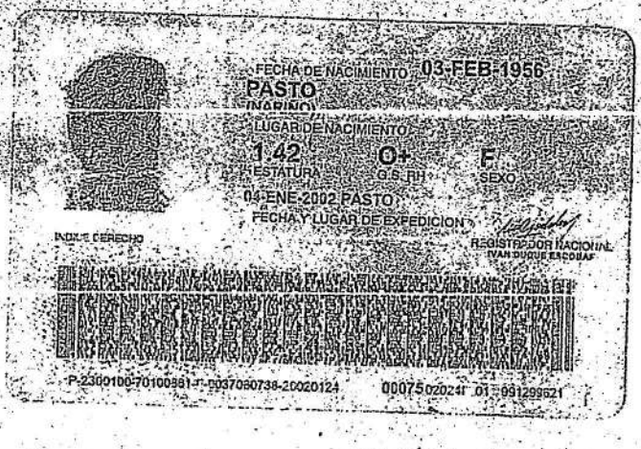
FIRMA

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

ORIGINAL O FECHA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

9


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 37080738
GONZALEZ
APELLIDOS
ESMERALDA
NOMBRES
NO FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1956
PASTO
NARIÑO
LUGAR DE NACIMIENTO
1.42
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-ENE-2002 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
P-2300100-70100361-F-0037080738-20020124
0007502024101 0931299521

52

Bon # 458 B
CaC Alcaldia.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23069420286485

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-06-18	14:50:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	37080738

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GONZALEZ		ESMERALDA	

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	1061728446

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MORA	DELGADO	LEIDY	JOHANA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1061728446

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-06-18	Leidy Johana Mora Delgado

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-06-18 15:32

Código verificación: DB67-1DBE-9BC5-1873

SECRETARIA DE SALUD - PASTO
LICENCIA DE INHUMACIÓN, CREMACIÓN O TRASLADO

Fecha de Expedición: Día 22 Mes 10 Año 22

No. 300.067077

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN 2300197E29E37

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S)

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Edad
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

- [ ] Cabecera Mpal
- [ ] Centro Poblado (Nombre Corregimiento o Vereda)
- [ ] Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Doc. de Identificación)

(Tipo Doc) CC 7105[illegible]12

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO Día 04 Mes 04 Año 1961

TIPO DE DEFUNCION

- [ ] FETAL
- [X] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCION

21 Año 12 Mes 10 Día

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION

11 Hora 33 Minutos

- [ ] Hr Estándar

MANERA QUE OCURRIO LA MUERTE

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

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S)

[illegible]

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

(Tipo Doc) [illegible]

TARJETA PROFESIONAL [illegible]

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

- [X] Medico
- [ ] Enfermero a
- [ ] Auxiliar de Enfermería
- [ ] Promotor de Salud

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 22 Mes 10 Año 2022

SE CONCEDIO PERMISO PARA: [X] INHUMAR, [ ] CREMAR, O [ ] TRASLADAR EL CADÁVER EN:

Cementerio central de Pasto

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA

FIRMA

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

2306172029572 9

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: **NARIÑO**

Municipio: **PASTO**

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	2023-06-28	01:33:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	27058047

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (DEL CASO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BENAVIDES	ALTAMIRANO	MARIA	MERCEDES

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA 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	1144062881

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PAREDES	CORDOBA	LINA	MARIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1144062881

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: **NARIÑO**

Municipio: **PASTO**

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: **2023-06-28**

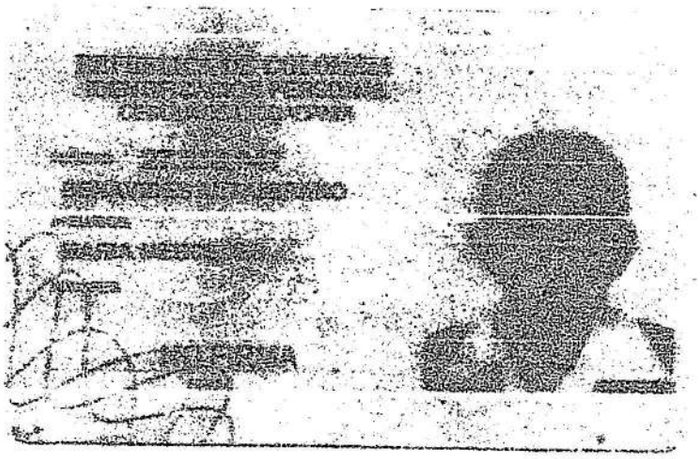
FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

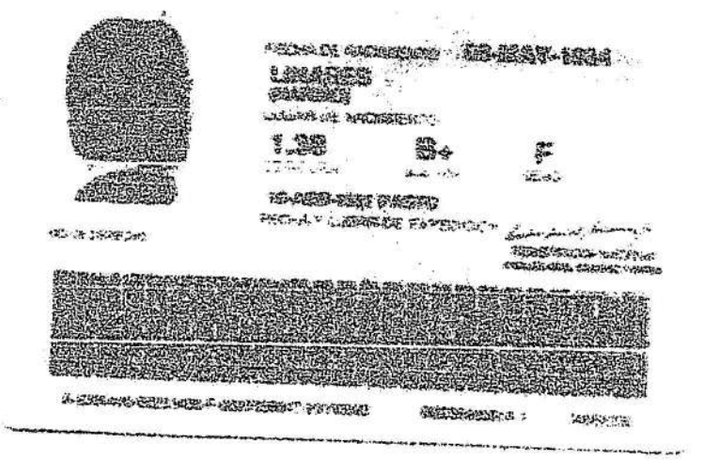
Lina María Paredes Córdoba
Médico Cirujano
Pontificia Universidad Javeriana

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-06-28 10:34

Código verificación: 26D1-1DAD-32FA-1B1A

23





CXC alea Bóv #.B 1198

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23063320297621

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-06-29	19:50:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	27059493

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LOPEZ	PAZ	ZOILA	VICTORIA

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

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	5207090

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

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

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	521109

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-06-30	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-06-30 07:49

Código verificación: 9DC3-04A1-7F0F-48DE

EXC de BOY

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

No. OID-07-2023

Fecha de Expedición
Día 01 Mes 07 Año 23

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
2306712029794 1

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN
Departamento: Nariño
Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE
APELLIDO(S) NOMBRE(S): LÓPEZ HIDALGO FERNANDO FUNERARIA SAN JOSE

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / Intersexual)
ESTRADA		TEODULO		M [X] F [ ] I [ ]

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION
- [ ] Cabecera Mpal.
- [ ] Centro Poblado (Inspección/Corregimiento/Caserío)
- [ ] Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Docto. de Identidad)
(Tipo Docto.) CC 5198190

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO Día 13 Mes 02 Año 1941

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

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCION
Año 2012 (13) Mes 06 Día 30

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION
Hora 11:30 Emitida [ ] En Estadística [ ]

CERTIFICADO DE DEFUNCION
- [X] Natural
- [ ] Violenta (Medicina Legal)
- [ ] En Estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): VILLAREAL MUÑOZ VICTOR HUGO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: (Tipo Docto.) CC 98395781
TARJETA PROFESIONAL:

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
- [ ] Medico
- [ ] Enfermero(a)
- [ ] Auxiliar de Enfermería
- [ ] Promotor(a) del Servicio

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO
Día 30 Mes 06 Año 2013

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

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA
HECTOR VIDAL

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

$ 187.5 B

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23067120297941

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. INFORMACION GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-06-30	13:20:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	5198190

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESTRADA		TEODULO	

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 DEFUNCION

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	98385781

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

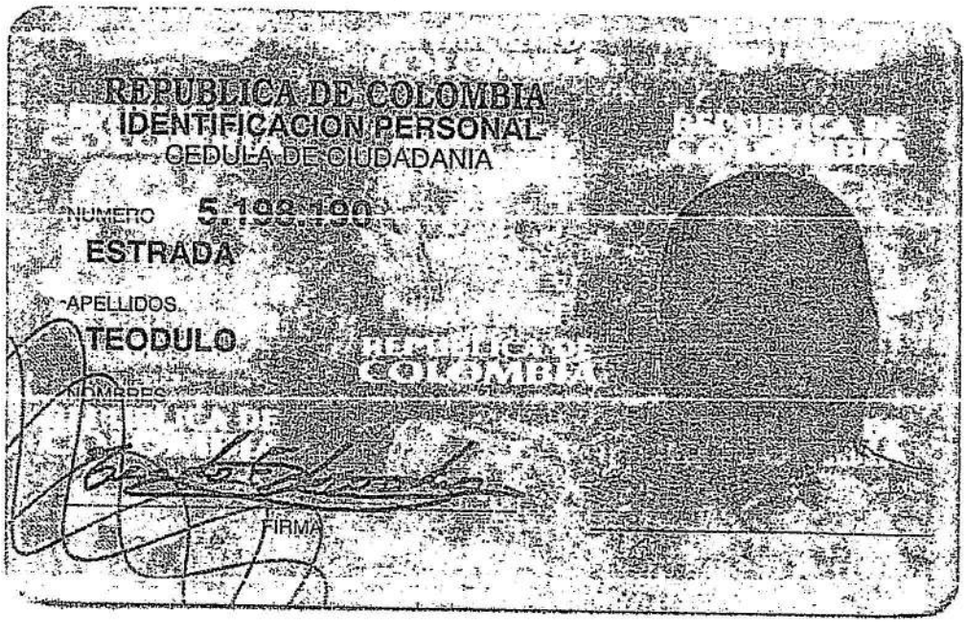
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Villarreal	Muñoz	Victor	Hugo

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	190906

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-06-30	Victor Villarr 190906





FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1941

TUQUERRES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

09-SEP-1963 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00146649-M-0005198190-20090116 0009485390A 1 6790001340

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

No. 147 · 07 · 2023

Fecha de Expedición: Día 15 | Mes 07 | Año 23

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2307632033 0009

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): PEÑA BENAVIDES FUNERARIA LAS LAJAS.

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / No determinado)
SERNA	VALLEJO	CARLOS	ENRIQUE	M

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

- [ ] Cabecera Mpal.
- [ ] Centro Poblado (Inspección, Corregimiento, Caserío)
- [ ] Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Edad agregar en Días, Meses o Años si no tiene documento de identidad)

(Tipo Doc.) CC 71.641.183

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 25 | Mes 01 | Año 1964

TIPO DE DEFUNCION

- [ ] FETAL
- [X] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCION

Año 2023 | Mes 07 | Día 14

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCION

Hora 00 | Minutos 45

- [ ] Un Estimado

MANERA DE LA MUERTE

- [ ] Natural
- [ ] Violenta (Accidental, Suicida, Homicida)
- [ ] En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): CRISTIAN EDUARDO MUÑOZ ESTRADO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: (Tipo Doc.) CC 1.085.335.987

TARJETA PROFESIONAL: .....

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

- [X] Médico
- [ ] Enfermero(a)
- [ ] Jefe de Enfermería
- [ ] Promotor(a) de Salud

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO

Día 14 | Mes 07 | Año 2023

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

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: HECTOR MAURICIO ...

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACION DEL CEMENTERIO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23076820310009

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-07-14	00:45:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	71641183

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SERNA	VALLEJO	CARLOS	ENRIQUE

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	1088735987

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OBANDO	GUERRON	MIGUEL	EDUARDO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1088735987

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-07-14	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-07-14 01:41

Código verificación: DC50-A949-C471-6F44

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 71.641.183
SERNA VALLEJO
APELLIDOS
CARLOS ENRIQUE
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1964
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

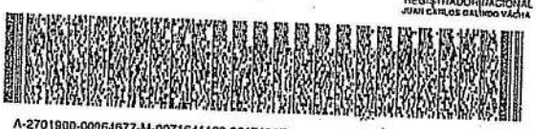
1.73
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

31-MAR-1982 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2701900-00964677-M-0071641183-20171227 0058959726A 1 5021759608

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

BOU #1745 B

Adulto

No. 290-07-2023

Fecha de Expedición: Día 28 Mes 07 Año 23

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2367252032396

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): HERNANDEZ MUÑOZ FUNERARIA LAS LOMAS

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado)
LOPEZ		SEGUNDO	EFRAIN	X / /

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

- [ ] Cabecera Mpal.
- [ ] Centro Poblado ____ Inspección Corregimiento Caserío
- [ ] Rural Disperso

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

(Tipo Dcto) CC 4312384

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 19 Mes 01 Año 1933

TIPO DE DEFUNCIÓN

- [ ] FETAL
- [X] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Año 2023 Mes 07 Día 28

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Hora 19 Minutos 11

- [ ] EN ESTABLECER

PROBABLE MANERA DE MUERTE

- [X] 1 Natural
- [ ] 2 Violenta (Mód. Leg.)
- [ ] 3 En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): NARVAEZ SOLARTE ERWIN TORIBIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: (Tipo Dcto) CC 5207099

TARJETA PROFESIONAL: 521909

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

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

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO Día 28 Mes 07 Año 2023

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

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA

HECTOR [illegible]
FIRMA

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDOR A - COPIA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

B 1745 B

CERTIFÍCADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

Folio 7

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2307252032396 6

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-07-28	19:14:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	4312384

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LOPEZ		SEGUNDO	EFRAIN

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

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	5207090

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

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

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	521109

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-07-28	Erbin Narvaez S. MEDICO GENERAL Reg. 521109

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Código verificación: 7F63 FD4E B0E1 497A

Fecha de impresión: 2023-07-28 20:07



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.312.384

LOPEZ

APELLIDOS

SEGUNDO EFRAIN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1933

GUALMATAN
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-AGO-1961 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00208148-M-0004312384-20100107 0019733815A 1 6830575921



Emssanar

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO
EMSSANAR E.S.S. CODIGO 118
RESOLUCION 0150 FEB 22 DE 1996 SUPERSALUD
NIT - 814000337 -1

DOCUMENTO	FICHA	DEPTO	MUNICIPIO
CC 4312384		0 NARIÑO	PASTO

NOMBRES	APELLIDOS
SEGUNDO EFRAIN	LOPEZ

FECHA NACIMIENTO	SEXO	GRUPO ETNICO	DISCAPACIDAD
19/01/1933	M	OTRAS ETNIAS	NO APLICA

FECHA AFILIACION	DIRECCION	LOCALIDAD
24/02/2014	AMPARO DE ANCIANOS	CAROLINA

POS-S

NIVEL SISBEN N

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

Bóv # 2444B

Fecha de Expedición: Día 28 Mes 07 Año 23

2335

No. 286.07.7073

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2307070373742

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): [illegible]

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino, Femenino, Intersexual)
[illegible]	Solis	[illegible]	[illegible]	M

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION
- [ ] Cabecera Mpal.
- [ ] Centro Poblado ____ Inspección Corregimiento Casino
- [ ] Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Dcto. de Identidad)
(Tipo Dcto) CC 59.230.039.
FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 28 Mes 01 Año 47

TIPO DE DEFUNCIÓN
- [ ] FETAL
- [x] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN
Año 2023 Mes 07 Día 28

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN
Hora 06 Minutos 16
- [ ] SIN ESTABLECER

PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [x] Natural
- [ ] Violenta (Mod. Log.)
- [ ] En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): [illegible]

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
(Tipo Dcto) CC 1.085.318.277
TARJETA PFSIONAL: .....

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
- [x] Médico
- [ ] Enfermero (a)
- [ ] Aux de Enfermería
- [ ] Promotor de Enfermería

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 28 Mes 07 Año 2023

SE CONCEDIO PERMISO PARA: [x] INHUMAR. [ ] CREMAR. O [x] TRASLADAR EL CADÁVER EN: Cementerio central Alcaldía

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA

FIRMA

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

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

Bóv FF 2414

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

Cvf abc

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2307102032324 7

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. INFORMACION GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-07-28	07:03:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	59830039

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MARTINEZ	SOLARTE	MARIA	CRISTINA

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	1085314827

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ZAMORA	ROSERO	ALEJANDRA	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1085314827

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

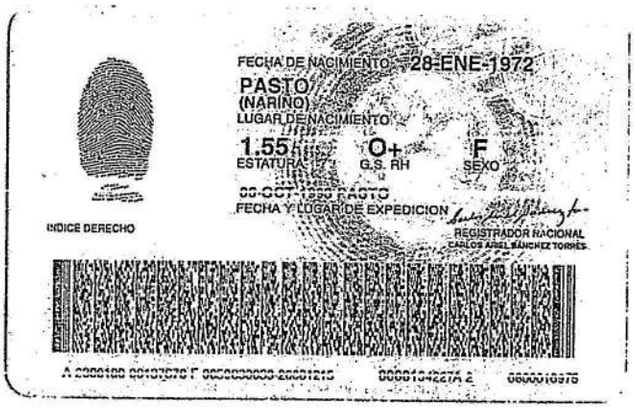
Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
Año - Mes - Día	Alejandra Zamora Rosero
2023-07-28	MÉDICO
	C.C. 1085314827

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2023-07-28 07:59

Código verificación: A163 44D4 24F0 3502


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
NUMERO 59.830.039
MARTINEZ SOLARTE
APELLIDOS
MARIA CRISTINA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-1972
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

Bon # 538 niños

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2307212032094 1

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

I. INFORMACION GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: NARIÑO | Municipio: PASTO

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
Fetal	2023-07-26	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Indeterminado		

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 1085332490

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MUÑOZ	ORDOÑEZ	JUAN	JOSE

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | **REGISTRO PROFESIONAL:** 12012935

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: NARIÑO | Municipio: PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día): 2023-07-26

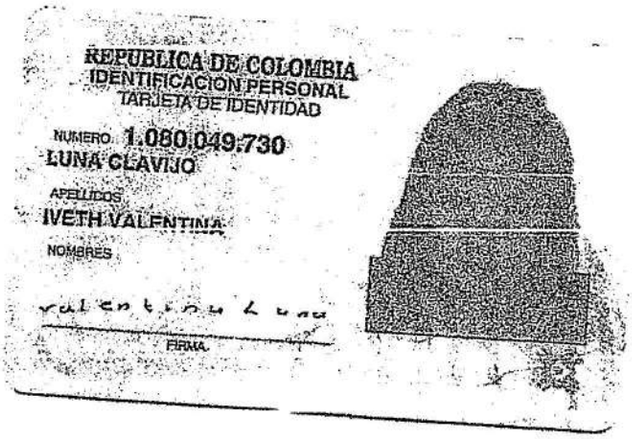
FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Juan José Muñoz, Médico, C.C. 1.085.332.490

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2023-07-26 07:44

Código verificación: C743-8C6A-93E3-FACE

Bou #
53 B
Años


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.080.049.730
LUNA CLAVIJO
APELLIDOS
IVETH VALENTINA
NOMBRES

valentina Luna
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-2006
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-OCT-2024
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
28-FEB-2014 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
P:230100-00542021-F-1080049730-20141119 0041555552A 8 6822777497

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

No. 0641 08-2023

Fecha de Expedición: Día 11 Mes 09 Año 23

Bóv # 1481 B Cof Alcaldía Vulnerable

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2308197033412033

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Mirla Hermenegi. Ins Inst

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado)
SUAREZ.	portela.	OSCAR.	IVAN	M

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION
- [ ] Cabecera Mpal.
- [ ] Centro Poblado (Inspección Corregimiento Casco)
- [ ] Rural Disperso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Como aparece en Dcto. de Identidad)
(Tipo Dcto) CC 19301430.

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO Día 24 Mes 01 Año 1961

TIPO DE DEFUNCIÓN
- [ ] FETAL
- [x] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN
Año 2023 Mes 08 Día 16

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN
Hora 06 Minutos 30
- [ ] SIN ESTABLECER

PROBABLE MANERA DE MUERTE
- [x] Natural
- [ ] Violenta (Med. Leg.)
- [ ] En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): CARLOS ORDOÑEZ SANDOVAL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
(Tipo Dcto) CC 36753841.
TARJETA PROFESIONAL 574101

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
- [x] Médico
- [ ] Enfermero (a)
- [ ] Aux de Enfermería
- [ ] Promotor de Enfermería

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO Día 14 Mes 08 Año 2023

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

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: Jesus Moncayo
FIRMA

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

ORIGINAL - OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

Bóv # 148113 CxC alcaldía

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23087920334203

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-08-10	06:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	79301430

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SUAREZ	PORTELA	OSCAR	IVAN

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	36753891

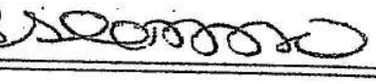
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAICEDO	ORDOÑEZ	SANDRA	XIMENA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	524401

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
NARIÑO	PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2023-08-10	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-08-10 07:06

Código verificación: EFD5-969D-E85B-9ACF

Bdv #
1481 B
C.C alcaldia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.301.430

SUAREZ PORTELA

APELLIDOS

OSCAR IVAN

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 O+ M
ESTATURA G.S. RH: SEXO

15-AGO-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-2500100-53117601-M-0079301430-20040414 0247704105C 02 1516680193

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

Fecha de Expedición: Día 15 Mes 08 Año 23

No. 118.08.2023

No. SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: 2308332037J90

ALCALDÍA DE PASTO
Legitimidad Participación Honestidad

LUGAR DE EXPEDICIÓN

Departamento: Nariño

Municipio: Pasto

NOMBRE DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Rosero José - Fundación Misericordia.

DATOS DEL FALLECIDO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	SEXO (Masculino / Femenino / Indeterminado)
MANRIQUE		SAUL		X / /

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

- [ ] Cabecera Mpal.
- [ ] Centro Poblado ____ (Inspección Corregimiento Caserío)
- [ ] Rural Disperso

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

(Tipo Dcto) CC 2294192

FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO: Día 18 Mes 12 Año 1930

TIPO DE DEFUNCIÓN

- [ ] FETAL
- [X] NO FETAL

FECHA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Año 2023 Mes 08 Día 13

HORA QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Horas 11 Minutos 30 [ ] SIN ESTABLECER

PROBABLE MANERA DE MUERTE

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

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) NOMBRE(S): Meneses Luceno Laura Sofia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: (Tipo Dcto) CC 1085328832

TARJETA PROFESIONAL:

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

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

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: Pasto Día 13 Mes 08 Año 2023

SE CONCEDIO PERMISO PARA [X] INHUMAR. [ ] CREMAR, O [ ] TRASLADAR EL CADÁVER EN: I.M.H. Cementerio Central El Carmen

FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA: Héctor Ramirez. FIRMA

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

Septiembre-14

ORIGINAL OFICINA EXPEDIDORA - COPIA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO

CKC BCa BOV #1480

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23083320337190

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: NARIÑO	Municipio: PASTO
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	2023-08-13	17:20:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	2294172

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MANRIQUE		SAUL	

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: 1085348032

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENESES	LUCERO	LAURA	SOFIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1085348032

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento: NARIÑO	Municipio: PASTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día: 2023-08-13	**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**: Sofia Meneses

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2023-08-13 17:32

Código verificación: E32B-B1AB-97CB-38BB

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.294.172
MANRIQUE

SAIN





FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1930
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

31-JUL-1959 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2200100-00000617-M 0002294172-20031130 0018491342A 1 8800030771

PAGINA 1

AREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Clase: Cabecera Municipal

Centro Poblado (Inspección, Caserío o Corregimiento)

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2023-08-14	04:42:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	98051611

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARCINIEGAS	RODRIGUEZ	YENY	CONCEPCION

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, RASGOS FÍSICOS O RASGOS GENÉTICOS EL FALLECIDO FUE RECONOCIDO COMO: Pertenencia étnica	¿Cuál (es) 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: 1085307113

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CASTILLO	VILLOTA	MARIA	FERNANDA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico — REGISTRO PROFESIONAL: 1085307113

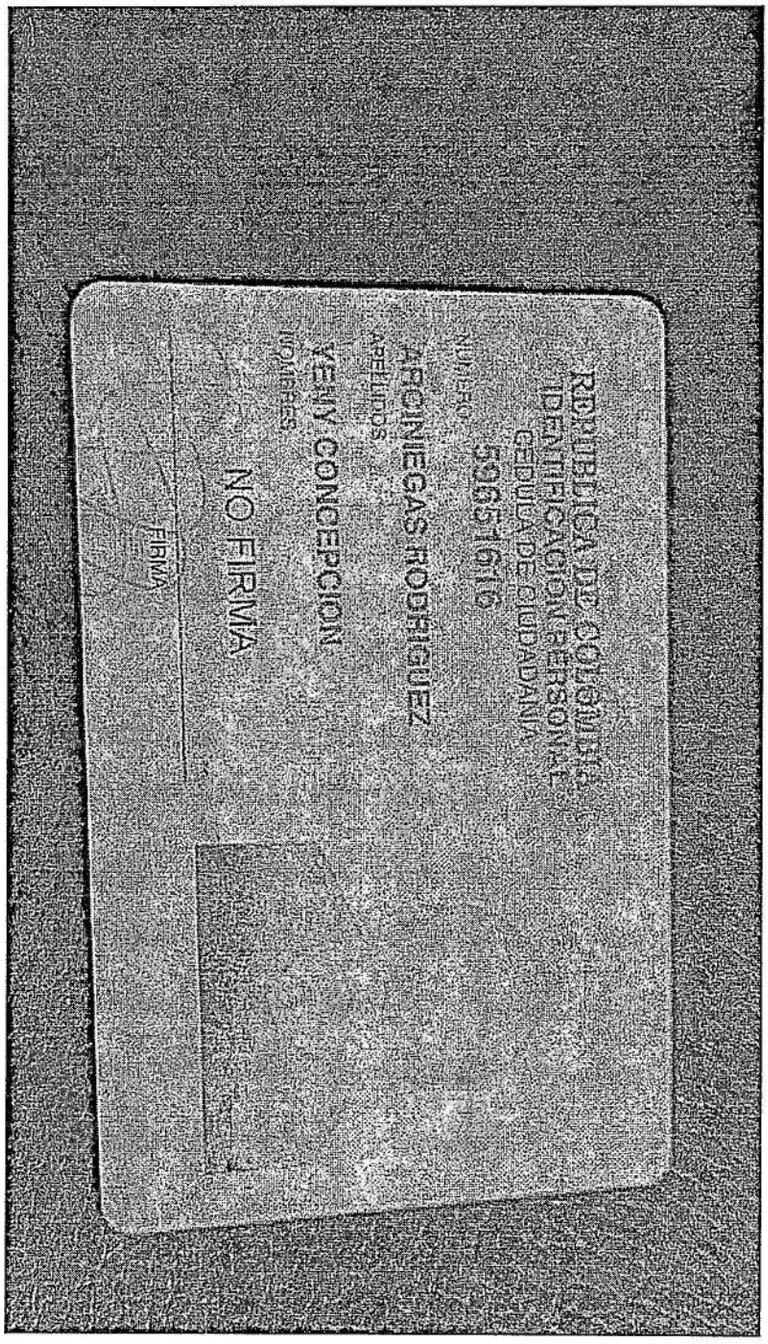
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Departamento: NARIÑO — Municipio: PASTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Año Mes Día: 2023-08-15

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Alejandro
hoy a la(s) 9:12

exc alcalá + Bou + 1488 adultos mayor



0:19

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
ALCALDIA MUNICIPAL DE PASTO

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO MUNICIPAL No 202318864
SUBSECRETARIA DE INGRESOS

CERTIFICA :

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

Fecha de Expedición: 2023-07-21
Válido Hasta: 2023-09-19
Se expide con destino a: Documentacion

Estado: Vigente

Mario Andrés Narvaez Delgado
Subsecretario de Ingresos

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

Imprimir

Cerrar

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

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

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DIAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2023-06	25-14	900336004	COLPENSIONES	4	20	966.500	22.000	988.500
Periodo salud:	2023-07	EPS017	830003564	FAMISANAR	1	20	170.400	3.900	174.300
Planilla Nro.:	27266764 Tipo E	EPS005	800251440	SANITAS	3	20	584.700	13.300	598.000
Clase de aportante:	B	14-23	860011153	POSITIVA	4	20	63.300	1.500	64.800
Fecha transacción:	2023-08-09	CCF35	891280008	CCF DE NARIÑO	4	20	241.800	5.500	247.300
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PASENA	899999034	SENA	4	20	121.000	2.800	123.800
Transacción:	94265904	PAICBF	899999239	ICBF	4	20	181.300	4.200	185.500
		PAESAP	899999054	ESAP	0	20	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	20	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 2.382.200

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

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

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2023-06	25-14	900336004	COLPENSIONES	4	20	966.500	22.000	988.500
Período salud:	2023-07	EPS017	830003564	FAMISANAR	1	20	170.400	3.900	174.300
Planilla Nro.:	27266764 Tipo E	EPS005	800251440	SANITAS	3	20	584.700	13.300	598.000
Clase de aportante:	B	14-23	860011153	POSITIVA	4	20	63.300	1.500	64.800
Fecha transacción:	2023-08-09	CCF35	891280008	CCF DE NARIÑO	4	20	241.800	5.500	247.300
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PASENA	899999034	SENA	4	20	121.000	2.800	123.800
Transacción:	94265904	PAICBF	899999239	ICBF	4	20	181.300	4.200	185.500
		PAESAP	899999054	ESAP	0	20	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	20	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 2.382.200

PAGADO

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

No. DE LISTA:	No. DE ORDEN :

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

CERTIFICA

2. NOMBRE DEL PROYECTO: " **FORTALECIMIENTO AL PROGRAMA RECUPERANDO MI HOGAR ENTORNO AMABLE VIGENCIA 2023 EN EL MUNICIPIO DE PASTO", FORTALECIMIENTO AL ENVEJECIMIENTO HUMANO Y CON BIENESTAR VIGENCIA 2023 EN EL MUNICIPIO DE PASTO, FORTALECIMIENTO DE LA CONVIVENCIA VIGENCIA 2023.**

3. El (a) contratista, relacionado a continuación, cumplió las obligaciones contractuales estipuladas en el :
TIPO DE CONTRATO: **ARRENDAMIENTO** No. CONTRATO: **20233818**
Los documentos soportes del informe anexo reposan en esta dependencia y están al acceso de cualquier revisión.

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

5. CONTRATISTA/ BENEFICIARIO: **CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN/ CARLOS SANTANDER VILLARREAL.**	6. C.C. /NIT. :**800255077-3 – 19.080.906**
7. VALOR DEL CONTRATO/PAGO: **CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE.**	8. **$ 120.000.000.00** SECRETARIA DE GOBIERNO 30.000.000.00 SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL 90.000.000.00
9. VALOR ADICIONAL AL CONTRATO: **$**	10. VALOR TOTAL CONTRATADO: **$**
(valor en letras)	(valor en letras)

11. FECHA INICIO	12. FECHA TERMINACION	13. FECHA DE SUSPENSIÒN	14. FECHA DE REINICIO
28-07-23	**31-12-23**		

15. OBJETO DE CONTRATO: EL MUNICIPIO DE PASTO REQUIERE EL ARRENDAMIENTO DEL INMUEBLE UBICADO EN LA CIUDAD DE PASTO, EN LA SIGUIENTE DIRECCION CALLE 22 BIS No. 28-91, ARANDA, DESCRITO ENLA ESCRITUTA PUBLICA No. 967 DEL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1983 EXPEDIDA POR LA NOTARIA (01) DE PASTO, CON MATRICULA INMOBILIARIA 240-41658 Y LA CEDULA CATASTRAL 010500350001000 Y CON LOS SIGUIENTES LINDEROS " LOTE DE TERRENO, PARTE INTEGRANTE DEL ACTUAL CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN , UBICADO EN EL MUNICIPIO DE PASTO, LOTE QUE APORTA EN UNA EXTENSION DE SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE HECTAREAS (72.747 METROS CUADRADOS). POR EL PIE U ORIENTE, CON TERRENOS DE AMALIA ZARAMA DE LUNA, CAMINO DE IR A ARANDA POR MEDIO, POR EL COSTADO DERECHO CABECERA, COSTADO IZQUIERDO, CON TERRENOS DEL MISMO VENDEDOR ZARAMA, ZANJAS EXISTENTES EN LOS COSTADOS DERECHOS Y CABECERA Y MOJONES EN TIERRA, EN EL IZQUIERDO POR MEDIO; NORTE CON TERRENOS DE CAYETANO CHAVES EN LONGOTUD DE 284.5 METROS, AL SUR CON TERRENOS DE CAYETANO CHAVEZ EN LONGITUD DE 162 METROS, AL ORIENTE CON LA CALLE 22 BIS EXTENSION DE 366 METROS Y AL OCCIDENTE CON TERRENOS DE CAYETANO CHAVEZ EN LONGITUD DE 420 METROS " A PESAR DE LA DESCRIPCION DE LA CABIDA Y LINDEROS, EL INMUEBLE OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO EL ARRENDADOR ENTREGA A TITULO DE ARRENDAMIENTO EL USO Y GOCE DE BOVEDAS Y OSARIOS UBICADOS EN EL CEMENTERIO DE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DESTINADOS A LA INHUMACION DE CADAVERES NO IDENTIFICADOS N.N. Y POBLACION VULNERABLE DEL MUNICIPIO DE PASTO, EN MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE. SBS-ARAB.

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

16. VALOR Y FORMA DE PAGO			
FECHA DEL PERIODO A PAGAR dd/mm/aa al dd/mm/aa	NUMERO DE PAGO PARCIAL (letras)	VALOR A PAGAR (En números)	VALOR A PAGAR (En letras)
28-07-23 A 15-08-23	**PRIMER**	$ **12.000.000.00**	**DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE.**
VALOR EJECUTADO (Acumulado)	$ **12.000.000.00**	**DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE.**	
SALDO POR EJECUTAR	$ **108.000.000.00**	**CIENTO OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE.**	

17. DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

DISPONIBILIDAD PRESUPESTAL No. **2023000182—2023000335**	DE FECHA: **02-01-23—02-01-23**	
REGISTRO PRESUPUESTAL No. **2023005164**	DE FECHA: **27-07-23**	VALOR: **120.000.000.00**
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL	DE FECHA:	VALOR:
RUBRO PRESUPUESTAL No. **2.3.2.02.02.009-123119-034-41041-4104008**	VALOR A AFECTAR : $ **6.000.000.00**	
RUBRO PRESUPUESTAL No. **2.3.2.02.02.009-121000-011-41026-4102052**	VALOR A AFECTAR : $ **6.000.000.00**	
RUBRO PRESUPUESTAL No.	VALOR A AFECTAR : $	

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

CARLOS SANTANDER VILLARREAL
Contratista

NELVY JOHANA CHAMORRO LUCERO
Subsecretaria de Gestión y Proyectos

HEIMAN YESSID GUERRERO ROSERO
Subsecretario de Convivencia y derechos Humanos

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

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, a los veintitrés días del mes de agosto de 2023

LEYDI ALEXANDRA JARAMILLO MARTINEZ
Secretaria de Bienestar Social

CARLOS BASTIDAS TORRES
Secretario de Gobierno

Espacio exclusivo para el diligenciamiento de la Secretaria de Hacienda

Reviso: _____
Cargo: _____
Fecha: _____

ANEXOS

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

Espacio para estampilla

Espacio para estampilla

PÁGUESE ÚNICAMENTE EN BANCO DE OCCIDENTE

Liquidación No **10088598**

20302658

CEMENTERIO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

800255077

jaimeayala@hotmail.com

NARIÑO

PASTO

2023-08-15 2023-08-20

Estampillas Cuenta Contratista CTA CONTRATISTA

Edgar Alonso Guerrero Guerrero

PROCULTURA	En recibo	$ 0	0	$ 1,200
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	En recibo	$ 0	0	$ 2,900

20302658

$ 4,100

(415)0000000022178(8020)0010088598(8020)01(3900)0000004100(96)20230820