Barranquilla 18 de Diciembre de 2024

Señores
ALCALDIA DE GALAPA

Coordial saludos

Por medio del presente documento, Exequiales y Funeraria EL PARAISO S.A.S, hace relacion de los siguientes servicios funerarios prestados a la poblacion vulnerble de Galapa.

RELACION DE SERVICIO DE GALAPA					
FECHA	FALLECIDO	CEDULA	REGISTRO	FAMILIAR	ADICIONAL
25/10/2024	LUIS TOBAR	846043			
27/10/2024	ELVIA VILLAMIL	22371960	11216374	SHIRLY MENDOZA	
29/10/2024	TERESITA PERALTA	22427222			
30/10/2024	RODRIGO SOLANO	7457632			
03/11/2024	STEVEN GOMEZ	2,41149E+13			
03/11/2024	ASHLEY CARRILLO	2,41142E+13	11216481	DENNIS ORELLANO	
07/11/2024	GLADYS SAMPER	39034333			
12/11/2024	FARIT PACHECO	3727024			
13/11/2024	JUAN LIÑAN	18931480			
14/11/2024	ANTONIO GOMEZ	846873	11216503	OMAR VELAZQUEZ CASTRO	
16/11/2024	INGRID PADILLA	22503028	11216529	MARELYS SILVA	
17/11/2024	HIJO DE LUZ PEDROZA				
17/11/2024	TERESA GOMEZ	22498853			
24/11/2024	MARLENE CAMPO	32803428			
01/12/2024	MODESTICA	22503808	11216614	ARMANDO YEPES	$ 150.000
02/12/2024	OTONIEL BUSTOS	7399482	11216616	OMAR VELAZQUEZ CASTRO	
07/12/2024	JORGE ROMO	1047233027		SAMUEL ROMO	$ 600.000
17/12/2027	MARIA ROLONG	22702021		LUIS PARRA	

Este documento se expide a solicitud del cliente para constancia de los servicios funerarios brindados, de acuerdo con los terminos y conforme a la legislacion vigente .

Atentamente,

Mario de Jesus Mejia Capdevilla
C.C. N°8,634,310
Gerente General

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCION: 24104420710185

I. INFORMACIÓN GENERAL

DEPARTAMENTO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: ATLANTICO		MUNICIPIO: BARANOA
SITIO DONDE OCURRIO LA DEFUNCION: Cabecera Municipal		CENTRO POBLADO (Indique en corregimiento o Caserío):
TIPO DE DEFUNCION: No fetal	FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN: 2024-10-25	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION: 15:30:00
SEXO DEL FALLECIDO: Masculino	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO Tipo de documento: Cedula de ciudadania	Numero de documento: 846043
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido: TOBAR	Segundo apellido: POLO	Primer nombre: LUIS
PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores	¿A cual pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

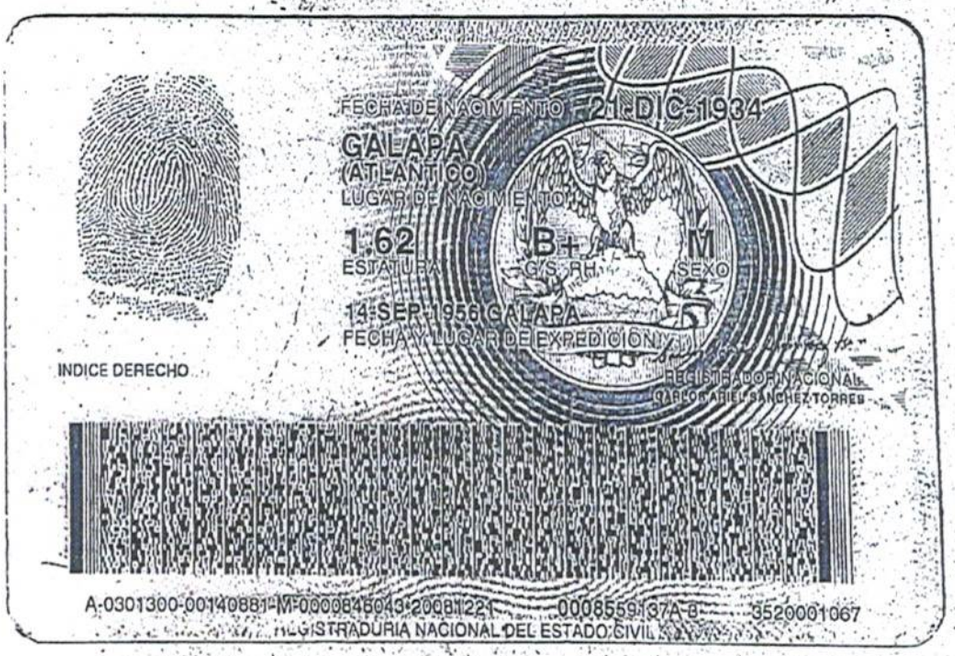
IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR Tipo de documento: Cedula de ciudadania		Numero de documento: 1043015795	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR Primer apellido: DEL	Segundo apellido: CASTILLO CEPEDA	Primer nombre: HERNANDO	Segundo nombre: ANTONIO
PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION: Medico		REGISTRO PROFESIONAL: 1043015795	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: ATLANTICO		Municipio: BARANOA	
FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO Año Mes Día: 2024-10-25		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION	

SISTEMA UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresion: 2024-10-25 15:53

Codigo verificación: 4563-F565-87FD-9

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11216374

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] **Código** C 5 M

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 8 BARRANQUILLA * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

VILLAMIL PATIÑO ELVIA ROSA *

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 22371960 * * * * * * * * * * * * * * * *	FEMENINO * * * * * * * * *

Datos de la defunción

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

COLOMBIA - ATLANTICO - GALAPA *

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2024 Mes OCT Día 27	09:16	24104820711568 * * * * *

Presunción de muerte

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

Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X]	ASHTON IZQUIERDO ANDRES ALEJANDRO - MEDICO * * * * * * * * * * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

ESCORCIA ESCALANTE GISELLE ESTHER *

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 22550940 * * * * * * * * * * * * * * * *	Gisselle Escorcia

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes OCT Día 29	OCTAVIO ANTONIO OSORIO ORTIZ

UNDA COPIA PARA EL USUARIO

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24104820711568

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: ATLÁNTICO

Municipio: GALAPA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área: Cabecera Municipal

Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserio)

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2024-10-27	09:16:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	22371960

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VILLAMIL	PATIÑO	ELVIA	ROSA

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	Indígena	MOKANA

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1140873607

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ASHTON	IZQUIERDO	ANDRES	ALEJANDRO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140873607

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: ATLÁNTICO

Municipio: GALAPA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: 2024-10-27

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.800.964

MENDOZA VILLAMIL

APELLIDOS

SHIRLY MARIA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1982

GALAPA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

28-AGO-2002 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0301300-00157902-F-0032800964-20090530 0011907916A 1 24660902


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.371.960

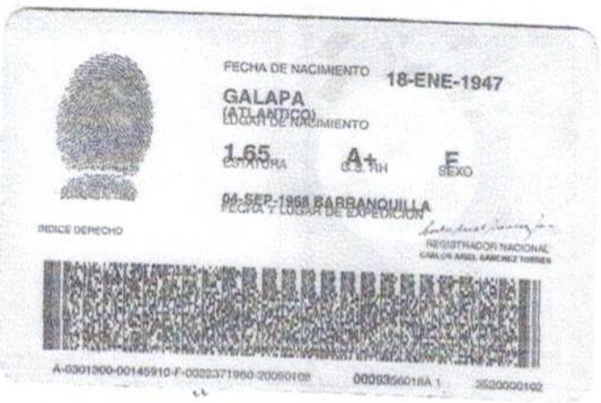
VILLAMIL PATIÑO

APELLIDOS

ELVIA ROSA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1947

GALAPA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

04-SEP-1968 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0301900-00145910-F-0022371960-20090108 0009356018A 1 3520000102

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24104920714574

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

País: **COLOMBIA**

Departamento: **ATLÁNTICO**

Municipio: **BARANOA**

SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: **Cabecera Municipal**

Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío):

TIPO DE DEFUNCIÓN: **No fetal**

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día): **2024-10-30**

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos): **20:50:00**

SEXO DEL FALLECIDO: **Masculino**

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **7457632**

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

Primer apellido: **SOLANO**

Segundo apellido: **QUINTERO**

Primer nombre: **RODRIGO**

Segundo nombre:

PROBABLE MANERA DE MUERTE: **Natural**

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO

Pertenencia étnica: **Ninguno de los anteriores**

¿A cuál pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1044392842**

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido: **JIMENEZ**

Segundo apellido: **MAURY**

Primer nombre: **WENDY**

Segundo nombre: **PAOLA**

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: **Médico**

REGISTRO PROFESIONAL: **1044392842**

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: **ATLÁNTICO**

Municipio: **BARANOA**

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día): **2024-10-30**

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN:

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2024-10-30 23:43

Código verificación: 0C79-56E8-2C92-E8A9

BS
Godoy

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA DE **GALAPA**
SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN No 064
Octubre 31 del 2024
"POR MEDIO DEL CUAL SE AUTORIZA UNA EXHUMACIÓN"

La secretaria de Salud Municipal en uso de sus Facultades Legales, En especial las contenidas en la Ley 9 de 1979 artículos 535 y siguientes y

CONSIDERANDO:

- Que él (la) señor (a) SUGEY PIÑERES SOLANO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No 32.842.710 de Galapa (Atlántico) solicita exhumación en bóveda familiar, donde se encuentra sepultado (a) LIBRADA LOPEZ; quien falleció hace más de NUEVE (9) años.

- Que es Competencia de la secretaria de Salud Municipal otorgar La Licencia de Exhumación se autoriza a partir del 31 de octubre del 2024.

- Que se ha cumplido con el término mínimo para que la sea procedente.

RESUELVE:

- Artículo Primero: Autorizar la Exhumación de los restos de quienes en vida respondían al nombre de LIBRADA LOPEZ; quien falleció hace más de NUEVE (9) años. Para ser entregados a él (la) señor (a) SUGEY PIÑERES SOLANO, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No 32.842.710 de Galapa (Atlántico) quien deberá acreditar el cumplimiento de las medidas sanitarias para el traslado de Bóveda mediante el cumplimiento de los requisitos de la materia de la Urna Funeraria, Sellamiento, y demás seguridades del Caso.

- Artículo Segundo: se autoriza la realización de la Exhumación el día 31 de octubre del 2024 en horas hábiles previa acreditación de las formalidades legales indicadas en el artículo anterior y el acompañamiento del personal Profesional y Técnico adecuados que constantes el cumplimiento de lo ordenado en la ley.

- Artículo Tercero: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Comuníquese y Cúmplase

Dado en Galapa a los TREINTA Y UNO (31) días del mes de Octubre del Dos mil Veinticuatro (2024)

LICETH CONRADO ESCORCIA
Secretaria de salud (E)

Proyectó: Geovanny Barrios Miranda

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.457.632

SOLANO QUINTERO

APELLIDOS

RODRIGO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1948

OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-DIC-1971 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0300100-00152265-M-0007457632-20090309 0010249172A 2 3300016830

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NO. CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN
24114220719749

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	GALAPA

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-03	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Registro civil	1047244852

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CARRILLO	PEDROZA	ASHLEY	

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

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR	
Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1140878257

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DELGADO	RIVAS	CRISTINA	ISABEL

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140878257

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-05	Cristina Delgado Rivas.

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-06 11:39

Código verificación: E580-EC41-F9CA-0353

1258724

Powered by CamScanner

FISCALIA

F

Barranquilla 6 de Noviembre de 2024

NOTARIO EN TURNO DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
REGISTRADOR DELEGADO DEL ESTADO CIVIL
CIUDAD.

SPOA: 080016008768202400754

Cordial saludo

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

NOMBRES	**ASHLEY CARRILLO PEDROZA**
IDENTIFICACION	**RC # 1047244852 expedida en Barranquilla (Atlántico)**
SEXO:	**FEMENINO**
LUGAR DE NACIMIENTO:	**BARRANQUILLA (ATLANTICO)**
FECHA DE NACIMIENTO	**11/07/2024**
EDAD	**3 MESES**
ESTADO CIVIL:	**N/A**
NOMBRE DE LOS PADRES:	
OCUPACION:	**N/A**
LUGAR DE LA MUERTE	**GALAPA (ATLANTICO)**
FECHA DE LA MUERTE	**03/11/2024**
MANERA DE LA MUERTE:	**EN ESTUDIO**

Una vez efectuado el registro, remitir copia del mismo a la Oficina de Asignaciones, para que obre como prueba dentro de la investigación

Atentamente

ELKIN JOSE CHIQUILLO POVEA
Fiscal Segundo Especializado
Grupo Alertas Tempranas de Homicidios

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN .

Indicativo Serial 11216481

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaria [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] **Código** C 5 M

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 8 BARRANQUILLA * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

CARRILLO PEDROZA ASHLEY *

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
RC No. 1047244852 * * * * * * * * * * * * * * *	FEMENINO * * * * * * * *

Datos de la defunción

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

COLOMBIA - ATLANTICO - GALAPA *

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2024 Mes NOV Día 03		24114220719749 * * * * *

Presunción de muerte

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

Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial [X] Certificado Médico [ ]	ELKIN JOSE CHIQUILLO POVEA - FISCAL SEGUNDO ESPECIALIZADO * * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

ESCORCIA ESCALANTE GISELLE ESTHER *

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 22550940 * * * * * * * * * * * * * * *	Giselle Escorcia

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2024 Mes NOV Día 12	MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ

ESPACIO PARA NOTAS

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

cadena s.a.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24114133[illegible]4

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparado 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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-07	13:50:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	39034333

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SAMPER	RAMIREZ	GLADYS	

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	1140893049

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
JARAMILLO	CUERVO	OMAR	DAVID

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140893049

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
2024-11-07	

Código [illegible] 87DA-E336-E

REGISTRO ÚNICO DE APELACIONES Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2024-11-07 [illegible]

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.034.333

SAMPER RAMIREZ
APELLIDOS

GLADYS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1957
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

29-JUL-1983 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0301300-43159642-F-0030034333-20070625 0202807175A 03 210844603

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24116720726967

La información contenida en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental [illegible] de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. En consecuencia, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho [illegible] debidamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARANOA

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos
No fetal	2024-11-13	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadania	18931480

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LIÑAN	DAZA	JUAN	FRANCISCO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, RASGOS O PASGOS 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 ciudadania	32835616

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORTEGA	MENDOZA	KAROL	DOLORES

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	4668

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARANOA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-14	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2024-11-14 12:01

Código verificación: 8561-A19F-846B-DFA4

Scanned with CamScanner

FUNCIÓN

A

CURRIO LA D

M

FISCALIA
GENERAL DE LA NACION

Sabanalarga (Atl.), 2024-11-14

NC.	080016001055202406174
Victima	Juan Francisco Liñán Daza
Identificación	Cedula de Ciudadanía # 18.931.480
Fecha de Hechos	10 de Noviembre de 2024
Estado	Indagación Activo

Señor (a)
NOTARIO MUNICIPAL

E.S.D.

Conforme viene ordenado, solicitamos se sirva proceder con el **REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN** de la persona que adelante relacionamos, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1260 de 1970.

NOMBRE	Juan Francisco Liñán Daza
SEXO	Masculino
IDENTIFICACION	Cedula de Ciudadanía # 18.931.480
LUGAR Y FECHA NACIMIENTO	Agustín Codazzi Cesar-07-12 de 1950
LUGAR Y FECHA MUERTE	Municipio Baranoa –Atlántico 13-11-2024
MANERA DE MUERTE	Violenta
RADICADO	080016001055202406174

Así mismo le solicito que una vez realizado el respectivo registro se sirva remitirlo por duplicado a este despacho.

Cordialmente,

JOHAN ALBERTO CERVANTES PEREZ
Fiscal Trece Local de Sabanalarga
Unidad de alertad Tempranas de Homicidio

Direccion Seccional Del Atlántico
Sección de Fiscalia y de Seguridad Ciudadana
Fiscalia 13 Local Sabanalarga (Atl.)
Kra. 19 N° 12 – 74 Tel. 3225089 Ext 50747
Email: johan.cervantes@fiscalia.gov.co
www.fiscalia.gov.co

Scanned with CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
18.931.480
LINAN DAZA
JUAN FRANCISCO


FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1950
AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-ENE-1972 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11216503

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaria [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código C 5 M

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 8 BARRANQUILLA * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

GOMEZ ORTEGA ANTONIO *

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 846873 * * * * * * * * * * * * * * * * *	MASCULINO * * * * * * * *

Datos de la defunción

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

COLOMBIA - ATLANTICO - GALAPA *

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2024 Mes NOV Día 14	14:09	24113620727138 * * * * *

Presunción de muerte

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

Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X]	ASHTON IZQUIERDO ANDRES ALEJANDRO - MEDICO * * * * * * * * * * * * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

ESCORCIA ESCALANTE GISELLE ESTHER *

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 22550940 * * * * * * * * * * * * * * *	Gisselle Escorcia

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes NOV Día 16	MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 8 BARRANQUILLA MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ

ESPACIO PARA NOTAS

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24113620727138

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	GALAPA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-14	14:09:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	846873

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GOMEZ	ORTEGA	ANTONIO	

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

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1140873607

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ASHTON	IZQUIERDO	ANDRES	ALEJANDRO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140873607

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	GALAPA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-14	Andres Ashton Izquierdo MEDICO RM. 1140873607 - U. LIBRE

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresion: 2024-11-14 15:29

Código verificación: CF5F-45AE-7CB2-817F

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 846.873
GOMEZ ORTEGA

APELLIDOS
ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1940
GALAPA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-DIC-1991 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL


FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1971
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
M
SEXO
20-JUN-1994 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
FIRMA REGISTRADOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11216529

11216529

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Notaria X | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | **Código** C 5 M

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 8 BARRANQUILLA * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

PADILLA HERNANDEZ INGRID MARIA *

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 22503028 * * * * * * * * * * * * * *	FEMENINO * * * * * * * *

Datos de la defunción

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

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

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2 0 2 4 Mes N O V Día 1 6	09:20	24119020728519 * * * * *

Presunción de muerte

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

Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial Certificado Médico X	JORDAN BASHIR ESCORCIA DEL CHIARO - MEDICO * * * * * * * * * * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

ESCORCIA ESCALANTE GISELLE ESTHER * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 22550940 * * * * * * * * * * * * *	Gissell Escorcia

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 4 Mes N O V Día 1 9	OCTAVIO ANTONIO OSORIO ORTIZ

ESPACIO PARA NOTAS

S. JNDA COPIA PARA EL USUARIO

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24119020728519

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-16	09:20:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	22503028

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PADILLA	HERNANDEZ	INGRID	MARIA

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

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR	
Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1143257741

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESCORCIA	DEL CHIARO	JORDAN	BASHIR

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1143257741

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-16	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-16 10:22

Código verificación: 7030-E61B-0AA8-B2A



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.503.028
PADILLA HERNANDEZ
APELLIDOS
INGRID MARIA
NOMBRES

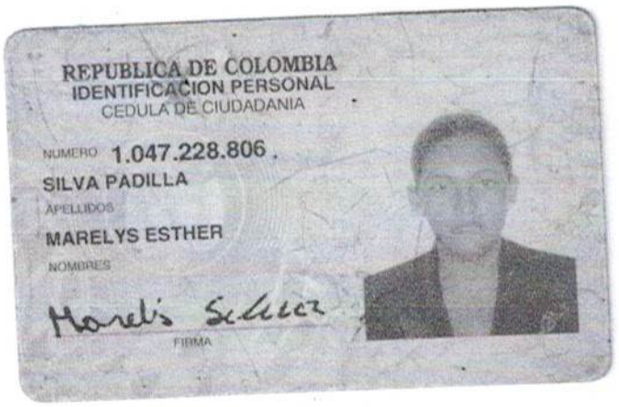
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1967
GALAPA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
09-DIC-1987 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0301000-00159855-F-0022503028-20090621 0012754133A 1 3520100317



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.228.806

SILVA PADILLA
APELLIDOS

MARELYS ESTHER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1990
GALAPA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO

06-AGO-2009 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES

P-0301300-00182077-F-1047228806-20090930 0016704312A 1 29722194

Salud

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24112320729179

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-17	05:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	22498853

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GOMEZ	DE DE ALBA	TERESA	

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	1010098493

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PEREZ	SERNA	SIMON	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1010098493

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-17	Simon Perez

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-17 04:50

Código verificación: 6E08-FDAA-825A-5B15

Comentario

B7

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.498.853**

GOMEZ De DE ALBA

APELLIDOS

TERESA

NOMBRES

Teresa gomez de Alba

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1938**

GALAPA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-1961 GALAPA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0301300-00763664-F-0022498853-20151118 0047461259A 1 3523666053

Scanned with CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24115820740473

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARANOA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-30	11:15:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	22503808

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SOLANO	DE MARCHENA	MODESTICA	

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	1143266344

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TORRES	OSORIO	MANUEL	ELIAS

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1143266344

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
ATLÁNTICO	BARANOA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-30	Manuel Torres Osorio

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-30 11:31

Código verificación: CB05-1FC0-2A83-383E


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.468.373
YEPES PEREZ
APELLIDOS
ARMANDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1951
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-AGO-1973 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.503.808
SOLANO De MARCHENA

APELLIDOS
MODESTICA

NOMBRES

Modestica Solano

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1955
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

23-ENE-1989 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0001300-00206609-F-0022503808-20091229 0019422444A 2 3520103259

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11216614

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría		Notaría	X	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código	C	5	M	

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 8 BARRANQUILLA * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

SOLANO DE MARCHENA MODESTICA *

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 22503808 * * * * * * * * * * * * * * * *	FEMENINO * * * * * * * *

Datos de la defunción

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARANOA *

Fecha de la defunción										Hora	Número de certificado de defunción
Año	2	0	2	4	Mes	N	O	V	Día	3 0	11:15	24115820740473 * * * * *

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	Año: Mes: Día:

Documento presentado			Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial:		Certificado Médico: X	TORRES OSORIO MANUEL ELIAS - MEDICO *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

ESCORCIA ESCALANTE GISELLE ESTHER *

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 22550940 * * * * * * * * * * * * * * * *	Gissell Escorcia

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2	0	2	4	Mes	D	I	C	Día 0 2	MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ

ESPACIO PARA NOTAS

cadena s.a.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

No. CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN
4127620741975

La información consignada en este documento 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 País COLOMBIA	Departamento ATLÁNTICO	Municipio GALAPA	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Área Cabecera Municipal		Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)	
TIPO DE DEFUNCIÓN No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día 2024-12-02	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos 08:00:00	
SEXO DEL FALLECIDO Masculino	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento Cédula de ciudadanía	Número de documento 7399482	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido BUSTOS	Segundo apellido GARZON	Primer nombre OTONIEL	Segundo nombre
PROBABLE MANERA DE MUERTE Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR Tipo de documento Cedula de ciudadania		Numero de documento 1140873607	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR Primer apellido ASHTON	Segundo apellido IZQUIERDO	Primer nombre ANDRES	Segundo nombre ALEJANDRO
PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN Médico		REGISTRO PROFESIONAL 1140873607	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento ATLÁNTICO		Municipio GALAPA	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día 2024-12-02		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION Andres Ashton Izquierdo MEDICO R.M. 1140873607 - U. LIBRE	

Código Verificación: 4F62-CE75-7155-3BC9

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-12-02 09:38

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 7.399.482
BUSTOS GARZON
APELLIDOS
OTONIEL
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1941
QUEBRADANEGRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

30-MAY-1962 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-0301300-01370225-M-0007399482-20230721 01317143240 2 8508672260

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11216616

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría		Notaría	X	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código	C 5 M

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 8 BARRANQUILLA * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

BUSTOS GARZON OTONIEL *

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 7399482 * * * * * * * * * * * * * * *	MASCULINO * * * * * * * *

Datos de la defunción

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

COLOMBIA - ATLANTICO - GALAPA *

Fecha de la defunción										Hora	Número de certificado de defunción
Año	2	0	2	4	Mes	D	I	C	Día	0 2	08:00	24127620741975 * * * * *

Presunción de muerte

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

Documento presentado			Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial		Certificado Médico X	ASHTON IZQUIERDO ANDRES ALEJANDRO - MEDICO * * * * * * * * * * * * * *

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

ESCORCIA ESCALANTE GISELLE ESTHER *

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 22550940 * * * * * * * * * * * * * * *	Giselle Escorcia

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 4 Mes D I C Día 0 2	MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ

ESPACIO PARA NOTAS

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

© cadena s.a.

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24129820746623

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	GALAPA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos
No fetal	2024-12-06	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1047233027

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ROMO	RAMOS	JORGE	JUNIOR

PROBABLE MANERÁ 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	72277301

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VELASQUEZ	QUINTERO	ALEXANDER	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	471051

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-12-07	Alexander Velasquez Q

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-12-07 13:34

Código verificación: 2C53-B8F6-0C2D-FD52

FISCALIA
GENERAL DE LA NACION

Barranquilla, 7 de Diciembre de 2024 .

SPOA No 08.001.60.01055.2024-06558

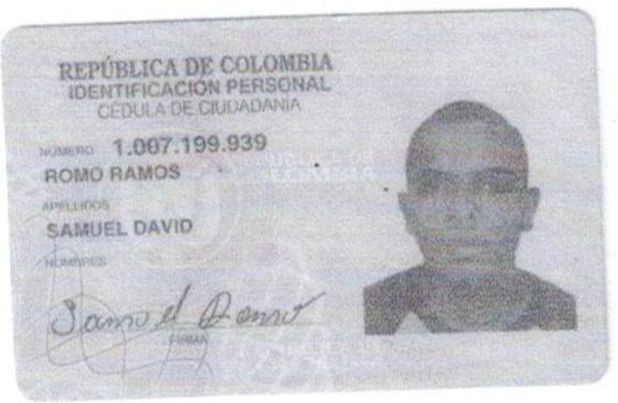
NOTARIO EN TURNO.
REGISTRADOR DELEGADO DEL ESTADO CIVIL.
E.S.D.

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

NOMBRES Y APELLIDOS:	JORGE JUNIOR ROMO RAMOS.
CEDULA NUMERO	1.047.233.027 de Galapa-Atlantico.
SEXO:	MASCULINO
LUGAR DE NACIMIENTO:	BARRANQUILLA-ATLANTICO
FECHA NACIMIENTO:	02/11/1993
EDAD:	30 AÑOS
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE.
OCUPACIÓN:	INDEPENDENTE.
CAUSA DE MUERTE:	VIOLENTA.
FECHA DE FALLECIMIENTO:	06-12/2024
LUGAR FALLECIMIENTO:	BARRANQUILLA-ATLANTICO

Atentamente,

JUAN CARLOS MOLINA PAREJA
FISCAL 2 LOCAL DELEGADA ANTE LOS JUECES PENALES MUNICIPALES
UNIDAD DE REACCION INMEDIATA-URI


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.199.939

ROMO RAMOS

APELLIDOS

SAMUEL DAVID

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-2003

GALAPA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

24-MAR-2021 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ÍNDICE DERECHO

P-0301300-01225862-M-1007199939-20210404 0073977960A 1 8501782491

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24119720717558

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-03	15:57:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Certificado de Nacido Vivo	24114911187366

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GOMEZ	DE LAS SALAS	STEVEN	

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	1065576199

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CASADIEGO	MOLINA	MARIA	LEDYS

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1065576199

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-03	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-03 17:15

Código verificación: 215A-E381-2A48-6103

C10
Dalys

Escaneado con CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24119720717558

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			
País: COLOMBIA	Departamento: ATLÁNTICO	Municipio: BARRANQUILLA	
ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN			
Área: Cabecera Municipal		Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)	
TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día): 2024-11-03	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos): 15:57:00	
SEXO DEL FALLECIDO: Masculino	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO — Tipo de documento: Certificado de Nacido Vivo	Número de documento: 24114911187366	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido: GOMEZ	Segundo apellido: DE LAS SALAS	Primer nombre: STEVEN	Segundo nombre:
PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO — Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR			
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		Número de documento: 1065576199	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido: CASADIEGO	Segundo apellido: MOLINA	Primer nombre: MARIA	Segundo nombre: LEDYS
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico		REGISTRO PROFESIONAL: 1065576199	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO — Departamento: ATLÁNTICO		Municipio: BARRANQUILLA	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día): 2024-11-03		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-03 17:15

Código verificación: 215A-E381-2A48-6103

Escaneado con CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24119620729410

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
Fetal	2024-11-17	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino		

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Pedroza	de Alba	Hijo de Luz	Clara

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	55233700

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ROMERO	MARQUEZ	ANGIE	MELISSA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	20-1781

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-17	Angie Romero Marquez

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - *Nacimientos y Defunciones*
Fecha de impresión: 2024-11-17 12:07

Código verificación: 2FBA-A264-9BD0-EB97

la merced
55233700
DOCUMENTO DEL MÉDICO
20-1781
REGISTRO MÉDICO

Escaneado con CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24119620729410

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
Fetal	2024-11-17	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino		

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Pedroza	de Alba	Hijo de luz	Clara

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	55233700

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ROMERO	MARQUEZ	ANGIE	MELISSA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	20-1781

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-17	Angie Romero Márquez

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-17 12:07

Código verificación: 2FBA-A264-9BD0-EB97

la merc...
55233700
...CUMENTO DEL MÉDICO.
REGISTRO MÉDICO. 20-1781

Escaneado con CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24113320724849

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2024-11-12	01:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	3727024

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PACHECO	PEREZ	FARIT	

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	1043877572

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ALBOR	MEJIA	AFITH	ANGEL

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1043877572

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-12	Emanuel Alvarez

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-12 02:15

Código verificación: C09F-448E-699B-84AC

Calle 17 # 16 - 91 Sur adres
3247795046

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24113320724849

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			
País: COLOMBIA	Departamento: ATLÁNTICO	Municipio: BARRANQUILLA	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
Área: Cabecera Municipal		Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío):	
TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día): 2024-11-12	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos): 01:00:00	
SEXO DEL FALLECIDO: Masculino	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO — Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	Número de documento: 3727024	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido: PACHECO	Segundo apellido: PEREZ	Primer nombre: FARIT	Segundo nombre:
PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO — Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR			
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		Número de documento: 1043877572	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido: ALBOR	Segundo apellido: MEJIA	Primer nombre: AFITH	Segundo nombre: ANGEL
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico		REGISTRO PROFESIONAL: 1043877572	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento: ATLÁNTICO		Municipio: BARRANQUILLA	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día): 2024-11-12		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Emanuel Alvarez	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-12 02:15

Código verificación: C09F-448E-699B-84AC

Calle 17 #16 - 91 Sur adres
3247795046

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24103420713354

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

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 DEFUNCION
No fetal	2024-10-29	11:05:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	22427222

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PERALTA	HERRERA	TERESITA	DE JESUS

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	1140898345

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FOLIACO	BROCHERO	STEPHANIA	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140898345

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-10-29	StephaniaFoliacoB

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-10-29 12:33

Código verificación: AEA5-309B-2347-88EB

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2410342071335 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
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

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 DEFUNCION
No fetal	2024-10-29	11:05:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	22427222

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PERALTA	HERRERA	TERESITA	DE JESUS

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

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1140898345

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FOLIACO	BROCHERO	STEPHANIA	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1140898345

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-10-29	StephaniaFoliacoB

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-10-29 12:33

Código verificación: AEA5-309B-2347-88EB

B/ Barranquilla

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

MERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24112920735421

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

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

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

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos
No fetal	2024-11-24	11:35:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	32803428

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAMPO	SUAREZ	MARLENE	ESTHER

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	1129573626

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Peña	Peña	Jhefry	De Jesus

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1129573626

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-24	Dr. Jhefry Peña MEDICO GENERAL UNIVERSIDAD DEL NORTE No 44636/2012

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-24 14:01

Código verificación: 977E-3FJD-F3D0-[illegible]

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24112920735421

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		
País: **COLOMBIA**	Departamento: **ATLÁNTICO**	Municipio: **BARRANQUILLA**

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN	
Área: **Cabecera Municipal**	Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío)

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	**2024-11-24**	**11:35:00**

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	**Cédula de ciudadanía**	**32803428**

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAMPO	**SUAREZ**	**MARLENE**	**ESTHER**

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	**1129573626**

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Peña	**Peña**	**Jhefry**	**De Jesus**

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	**1129573626**

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento	Municipio
ATLÁNTICO	**BARRANQUILLA**

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-11-24	Dr. Jhefry Peña MEDICO GENERAL UNIVERSIDAD DEL NORTE No 44636/2012

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-11-24 14:01

Código verificación: 977E-3FJD-F3D0-[illegible]

Escaneado con CamScanner