	PROCESO: GESTIÓN PROTECCIÓN SOCIAL	CODIGO: FT 5300-03.47
	PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN ADULTOS MAYORES	VERSIÓN: 02
	FORMATO: FICHA DE EGRESO	FECHA: JULIO /2019

FICHA DE EGRESO

INSTITUCIÓN: *Centro Bienestar del Anciano - Arbeláez (Cund)*

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS CUBILLOS LEON JOSE TOMAS

DOCUMENTO DE IDENT: 2,842,656 **EDAD:** 81

FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/1943 **GENERO:** Masculino

PROCEDENCIA: FUSAGASUGA **ESTADO CIVIL:** Unión Libr

FECHA DE INGRESO: 22/11/2010

MOTIVO DE EGRESO

Fallecimiento

FECHA DE EGRESO: 28/12/2024

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN POR: FALLECIMIENTO

CERTIFICADO DE ENTREGA A FAMILIA:

DENUNCIO FUGA ENTIDAD COMPETENTE:

NOMBRE DEL CENTRO AL QUE SE TRASLADA:

FIRMA ACUDIENTE: _____

TRABAJORA SOCIAL

Vo.Bo.DIRECTOR

Escaneado con CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2412732076466 8

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	CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ

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	2024-12-28	05:15:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	2842656

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CUBILLOS	LEON	JOSE	TOMAS

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	1116866303

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VALLEJO	SIERRA	EDIN	JHOERINSON

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1116866303

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-12-28	1116866303

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2024-12-28 12:40

Código verificación: 793A-A369-B707-6A2D

Escaneado con CamScanner