BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	PROCESO: GESTIÓN PROTECCIÓN SOCIAL	CODIGO: FT 5300-03.47
	PROCEDIMIENTO: ATENCION ADULTOS MAYORES	VERSION: 03
	FORMATO: FICHA DE EGRESO	FECHA: 15/04/2019

FICHA DE EGRESO

INSTITUCION: Centro Bienestar del Adulto Mayor Arbeláez
HISTORIA CLINICA: 1074129776
CATEGORIA: Convenio Interadministrativo con alcaldía de Cáqueza

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Tomas Jara Gutiérrez
DOCUMENTO IDENTIDAD: 1074129776 **EDAD:** 81 años
LUGAR y FECHA DE NACIMIENTO: Cáqueza, 27 de junio 1943
GENERO: Masculino
PROCEDENCIA: Cáqueza **ESTADO CIVIL:** Soltero
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN: 2 de diciembre 2012

DIAGNOSTICO DE INGRESO: Abandono Social y Familiar

MOTIVO DE EGRESO

FUGA () FALLECIMIENTO (x) REINSERCIÓN SOCIO FAMILIAR () TRASLADO A OTRO CENTRO DE PROTECCIÒN () OTROS ()

Persona Mayor que se encontraba dentro del centro fallece

FECHA DE EGRESO: 6 de enero 2025

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN POR: Hospital san Antonio con Numero 25017020004690
CERTIFICADO DE ENTREGA A FAMILIA: _____
DENUNCIO FUGA ENTIDAD COMPETENTE: _____
NOMBRE DEL CENTRO AL QUE SE TRASLADA_____

FIRMA ACUDIENTE: _____

TRABAJADORA SOCIAL

Vo.Bo. DIRECTOR INSTITUCIÓN

Powered by CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25017020004690

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	ARBELÁEZ

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	2025-01-06	07:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1074129776

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
JARA	GUTIERREZ	LUIS	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	2965893

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
HUERFANO	VASQUEZ	JAIVER	EDUARDO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	2965893

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
CUNDINAMARCA	ARBELÁEZ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-01-06	

Código verificación: 25E9-65CD-E554-2F11

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-01-06 10:06

Powered by CamScanner

BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	PROCESO: GESTIÓN PROTECCIÓN SOCIAL	CODIGO: FT 5300-03.47
	PROCEDIMIENTO: ATENCION ADULTOS MAYORES	VERSION: 03
	FORMATO: FICHA DE EGRESO	FECHA: 15/04/2019

FICHA DE EGRESO

INSTITUCION: Centro Bienestar del Adulto Mayor Arbeláez
HISTORIA CLINICA: 189823
CATEGORIA: Cuota de Corresponsabilidad Familiar

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS: Jesús Antonio Rodríguez Gutiérrez
DOCUMENTO IDENTIDAD: 189823 **EDAD:** 84 años
LUGAR y FECHA DE NACIMIENTO: Arbeláez, 18 de diciembre 1939
GENERO: Masculino
PROCEDENCIA: Arbeláez **ESTADO CIVIL:** Separado
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN: 2 de mayo 2015

DIAGNOSTICO DE INGRESO: Abandono Social y Familiar

MOTIVO DE EGRESO

FUGA () FALLECIMIENTO (x) **REINSERCIÓN SOCIO FAMILIAR () TRASLADO A OTRO CENTRO DE PROTECCIÒN () OTROS ()**

Persona Mayor que se encontraba en proceso hospitalario Hospital Regional de Zipaquirá con diagnóstico de Neumonía fallece.

FECHA DE EGRESO: 3 de enero 2025

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN POR: Hospital con Numero 25012420002498
CERTIFICADO DE ENTREGA A FAMILIA: _____
DENUNCIO FUGA ENTIDAD COMPETENTE: _____
NOMBRE DEL CENTRO AL QUE SE TRASLADA_____

FIRMA ACUDIENTE: _____

TRABAJADORA SOCIAL

Vo.Bo. DIRECTOR INSTITUCIÓN

Powered by CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25012420002498

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	ZIPAQUIRÁ

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	2025-01-03	16:24:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	189823

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	GUTIERREZ	JESUS	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	1115860883

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CUELLAR	TOVAR	DIANA	KATALINA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1115860883

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-01-03	Katalina Cuéllar T.P:1115860883