Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

26079520192734

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	META	VILLAVICENCIO

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	2026-07-29	11:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	51643193

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
JAUREGUI		MERY	

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	1121915876

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nieto	Lozano	Paula	Andrea

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1121915876

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
META	VILLAVICENCIO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2026-07-29	

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-07-29 12:08

Código verificación: A535-DA55-8370-8C2C

Powered by CamScanner

República de Colombia

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

NOTARÍA ÚNICA DEL CIRCULO DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
NUBIA ESPERANZA PATIÑO TOLOZA
NOTARIA

177

Nombre y apellidos del registrado

En la República de Colombia Departamento de Guaviare

Municipio de San José del Guaviare

(Corregimiento, Vereda, etc.)

a Doce del mes de Mayo de mil novecientos Veinte y Tres

se presentó el señor Yilber Yair Mendoza Jaramillo (nombre del declarante) mayor de edad, de nacionalidad Colombiana

natural de San José del Guaviare domiciliado en San José del Guaviare y declaró: que el día

Tres del mes de Mayo de mil novecientos Veinte y Tres siendo las

8 Y 40 de la que nació en Casa 13 Urbanización Los Kioskos (dirección de la casa, hospital, barrio, vereda, corregimiento, etc.)

del municipio de San José del Guaviare República de Colombia un niño de sexo

Femenino a quien se le ha dado el nombre de Yeiby hijo natural (legítimo o natural)

del señor de (Cédula No.) de años de edad, natural

de República de de profesión y la señora

Yuliana Mariana Jaramillo de 45 años de edad, natural de Guamal Meta

República de Colombia de profesión Hogar siendo abuelos paternos

y abuelos maternos Orlando Jaramillo Esperanza Fonseca Fueron testigos

Demetrio Idalgue Camargo y Julio Arnoldo Mendoza

En fe de lo cual se firma la presente acta.

El declarante, Yuliana Mariana Jaramillo C.C. 1.077.944 Bogotá

(Cédula No.)

El testigo, Demetrio Idalgue Camargo C.C. 1.077.944 Bogotá

(Cédula No.)

El testigo, Julio Mendoza Martínez 2893434 Bogotá

(Cédula No.)

(Firma y sello del funcionario ante quien se hace el registro)

Para los efectos del artículo segundo (2°) de la Ley 45 de 1936, reconozco al niño a quien se refiere esta Acta como hijo natural y para constancia firmo.

(Firma del padre que hace el reconocimiento)

(Firma de la madre que hace el reconocimiento)

John Rojas
20018515

29 ENE 2025

179 177

(Firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento)

VÁLIDO PARA MATRIMONIO

Ca519330863

13-11-24

cadena.

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA - HOSPITAL LA MILAGROSA E.S.E
NI 890702476
Direccion: CRA 4 No. 01-01 Barrio Centro - VILLARRICA-TOLIMA Telefono: 2475082 - 2475085

INCAPACIDAD No. 100447

PACIENTE: ROJAS COBALEDA ANDREA PAOLA **IDENTIFICACION:** CC 39578228
APB: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A
CONTRATO: NUEVA EPS OTROS MUNICIPIOS EVENTO (VILLARRICA)
GENERO: Femenino **EDAD:** 46 Años **HISTORIA CLINICA:** 39578228
EMPRESA:

DIAGNOSTICOS

FECHA	CODIGO	DIAGNOSTICO	ESPECIALIDAD	PROFESIONAL
17/8/26 8:09 a.m.	H103	CONJUNTIVITIS AGUDA* NO ESPECIFICADA	MEDICINA GENERAL	GOMEZ EUGENIO

FECHA GENERACION 17/08/2026 8:14 a.m. **FECHA INICIAL** 18-ago-2026 **FECHA FINAL** 19-ago-2026 **TOTAL DIAS:** 2 (dos)
MOTIVO: ENFERMEDAD GENERAL
INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA: 2 **DIAS:** (dos) **PRORROGA** : NO
FECHA ACCIDENTE ó DX. E.P:

DESCRIPCION

MEDICO: GOMEZ EUGENIO **IDENTIFICACION:** CC 14226923 **REGISTRO:** 14226923

EUGENIO GÓMEZ J.
MEDICO - CIRUJANO
U. de Caldas
R.P. 3191 C.C. 14.226.923

FIRMA MEDICO **FIRMA PACIENTE**

Usuario: GOMEZ JARAMILLO EUGENIO
Fecha Impresion: 17/08/2026 rptIncapacidad.rpt

Powered by CamScanner

Fecha y Hora: 12 Ago 2026

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS - Virrey Solis Código: EPS002

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Cedula de Ciudadania
Documento: 1024567209
Nombre: ANDREA PAOLA SANTAMARIA SANTAMARIA
Fecha de Nacimiento: 17 Dic 1995
Dirección: CR 76C N 63 A 12 SUR
Teléfono: 0
Departamento: (11) BOGOTA
Municipio: (001) Bogota
Teléfono Celular: 3138794055
Email: andreapaolasantamaria@gmail.com

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: AMBULATORIA
Régimen:
Motivo:
Fecha Vencimiento:
Diagnóstico: K52.9
DP Anterior: 32894-2644366464
Ubicación del Paciente: Consulta Externa
No. Solicitud:
Origen del servicio: Enfermedad general

DETALLE

Dias de incapacidad: 2
Fecha inicio incapacidad: 12 Ago 2026
PR - 7590027
Fecha final incapacidad: 13 Ago 2026

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre: Jose David Velandia Osorio
Teléfono:
NIT: 800003765-1
Cargo o Actividad: MEDICINA GENERAL
Teléfono Celular:
Ips que Prescribe: VS CASTELLANA CAV
Teléfono: 6014854555 4055440
Dirección: (Bogota) AUT NORTE CR 45 93 69 PI 2

OBSERVACIONES

Las incapacidades iniciales de 1 y 2 días no requieren ser tramitadas para la transcripción ante la EPS, ya que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general, por lo tanto, es válida para presentar al empleador, de acuerdo al parágrafo 1 del decreto 2943 de 2013 compilado en el artículo 3.2.1.106 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y será enviada al correo electrónico registrado en nuestra base de datos.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

26086620214500

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: BOGOTÁ, D.C.	Municipio: BOGOTÁ, D.C.

ÁREA DONDE OCURRIÓ 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	2026-08-21	13:50:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	41787495

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

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	1037601474

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CORREA	ACOSTA	PATRICIA	ELENA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1037601474

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento: BOGOTÁ, D.C.	Municipio: BOGOTÁ, D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2026-08-21	Patricia Elena Correa Acosta

CC 1037601474

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-08-21 16:34

Código verificación: 2AA9-B8B4-8547-A916

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048-4

ORDEN DE SALIDA
1150978

Paciente	41787495	LUCILA RODRIGUEZ MAYORGA	**Edad**	68 Años / 3 Meses / 18 Días
Documento	41787495	**Ingreso** 15295147	**Sexo**	Femenino
Médico	1037601474	PATRICIA ELENA CORREA ACOSTA	**Cama**	HBURGE018
Area	BO37B01	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA	**Fec Salida**	21 ago. 2026 04:43 p. m.
			Fec Egreso	21 ago. 2026 04:42 p. m.

Registro de Egreso: 1361140

VoBo Jeje Servicio

VoBo Facturación o Caja

Firma del Paciente y/o Acudiente

Nombre reporte : FCRPOrdenSalida

1000224135 - RAMIREZ NIÑO DERLY JHERALDIN

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Powered by CamScanner

VIRREY SOLIS

DIRECCIONAMIENTO CONSULTAS PARAMEDICAS POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 26 Ago 2026 15:40

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS - Virrey Solis Código: EPS002

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: VS REHABILITACION AMERICAS Nit: 800003765 Código: 1232

Dirección: Cr 67 # 4 G 48 Teléfono: 6014854555 4055440

Departamento: (11) BOGOTA Municipio: (001) Bogota

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Registro Civil **Documento: 1026604066**

Nombre: DYLAN MATIAS VANEGAS BARRIOS Fecha de Nacimiento: 30 Nov 2021

Dirección: CR 75 A 63 A 69 SUR Teléfono: 0

Departamento: (11) BOGOTA Municipio: (001) Bogota

Teléfono Celular: 3155029081 Email: MARYI0227@HOTMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - POS - Evento

Motivo: **Fecha Vencimiento: 24 Nov 2026**

Diagnóstico: F90.0 DP Anterior: 01232-2647362401

Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 08262026162136

Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
9383030200	1	CONSULTAS PARAMEDICAS - TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL VALORACIÓN -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Copago **Valor a Cancelar en IPS: 1300**

Porcentaje: 2 Valor Máximo por Evento: 0

Semanas Cotizadas: 171

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Cindy Paola Gamba Contreras Teléfono:

Cargo o Actividad: TERAPIA OCUPACIONAL Teléfono Celular:

Ips que Prescribe: VS REHABILITACION AMERICAS Teléfono: 6014854555 4055440

Dirección: (Bogota) Cr 67 # 4 G 48

OBSERVACIONES

ALEJANDRA BARRIOS

26.08.2026

SALUD 1:00 pm

VIRREY SOLIS

DIRECCIONAMIENTO CONSULTA EXTERNA POR UTILIZAR EN LA IPS

No. Orden de Direccionamiento: Direccionado sin utilizar Fecha y Hora: 27 Ago 2026 11:18

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre: Salud Total EPS - Virrey Solis Código: EPS002

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: VS OLAYA Nit: 800003765 Código: 505

Dirección: CL 27 SUR 21 A 19 Teléfono: 6014854555 4055440

Departamento: (11) BOGOTA Municipio: (001) Bogota

DATOS DEL PACIENTE

Tipo Documento: Registro Civil **Documento: 1026604066**

Nombre: DYLAN MATIAS VANEGAS BARRIOS Fecha de Nacimiento: 30 Nov 2021

Dirección: CR 75 A 63 A 69 SUR Teléfono: 0

Departamento: (11) BOGOTA Municipio: (001) Bogota

Teléfono Celular: 3155029081 Email: MARYI0227@HOTMAIL.COM

DATOS DE LA TRANSACCION

Tipo: Llamar a solicitar Direccionamiento (DP) Régimen: Contributivo - CAPITADO - Capitación

Motivo: **Fecha Vencimiento: 23 Feb 2027**

Diagnóstico: R62.9 DP Anterior: 01503-2647555313

Ubicación del Paciente: Consulta Externa No. Solicitud: 08272026089217

Origen del servicio: Enfermedad general

SERVICIOS DIRECCIONADOS

CODIGO	CANT	DETALLE TRANSACCION(SERVICIO)
8903029998	1	CONSULTA EXTERNA - CONTROL LIDER PROGRAMA TALLA BAJA Diciembre 2026 -

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo de Recaudo: Sin Cobro **Valor: 0**

Semanas Cotizadas: 171

INFORMACION DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre: Liliana Paola Ortiz Abello Teléfono:

Cargo o Actividad: PEDIATRIA Teléfono Celular:

Ips que Prescribe: VS CALLE 98 Teléfono: 6014854555 4055440

Dirección: (Bogota) CR 49 98 A 18

OBSERVACIONES

ALEJANDRA BARRIOS

HECHO 1:30 pm.

27-08-2026