



República de Colombia
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



MINSALUD

CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

71496614 - 8

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
Departamento	<u>Antioquia</u>	Municipio	<u>Medellín</u>
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado _____ <input type="checkbox"/> Rural disperso _____ <small>Inspección, corregimiento o caserío</small>		<input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> No fetal	Año: <u>2016</u> Mes: <u>07</u> Día: <u>12</u>
		HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
		Hora: <u>17</u> Minutos: <u>00</u> <input type="checkbox"/> Sin establecer	
SEXO DEL FALLECIDO	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		
<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado	Primer apellido: <u>Rodríguez</u> Segundo apellido: <u>Joya</u> Primer nombre: <u>Otto</u> Segundo nombre: _____		
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	PROBABLE MANERA DE MUERTE
<input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Sin información		<u>3.342.225</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
Primer apellido: <u>Martínez</u>	Segundo apellido: <u>Duque</u>	Primer nombre: <u>Adriana</u>	Segundo nombre: _____
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	<u>43733122</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	<u>S-0451</u>
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
Departamento: <u>Antioquia</u> Municipio: <u>Medellín</u> Año: <u>2016</u> Mes: <u>07</u> Día: <u>12</u>			