



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL**



CONFIDENCIAL

Los datos que en [DANE] se recaban en este formulario son de carácter estadístico y no deben ser utilizados para fines estadísticos. La información aquí contenida es reservada y no debe ser divulgada.

NÚMERO DEL CERTIFICADO
DE DEFUNCIÓN

71292474 - 1

(Consulte instrucciones al respaldo)

I INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
Departamento <u>Casare</u>		Municipio <u>Yopal</u>	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
☒ Cabecera municipal		☐ Fetal ☒ No fetal	<u>2020</u> Año
☐ Centro poblado			<u>08</u> Mes
☐ Rural disperso			<u>29</u> Día
Inspección, consentimiento o cesario		HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
		<u>12</u> Hora <u>00</u> Minutos	
		☐ Sin establecer	
SEXO DEL FALLECIDO	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		
☒ Masculino	Primer apellido <u>Pelayo</u> Segundo apellido <u>Ochoa</u>		
☐ Femenino	Primer nombre <u>Domingo</u> Segundo nombre <u>-</u>		
☐ Indeterminado			
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
☐ Registro civil	☐ Tarjeta de identidad	<u>1.084.485</u>	☒ Natural
☐ Cédula de extranjería	☐ Pasaporte		☐ Violenta
☐ Sin información			☐ En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
Primer apellido <u>Ariza</u> Segundo apellido <u>Vargas</u>		Primer nombre <u>Eduardo</u> Segundo nombre <u>-</u>	
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
☒ Cédula de ciudadanía	<u>13.689.887</u>	☒ Médico	<u>731026-01</u>
☐ Pasaporte		☐ Enfermero(a)	
☐ Cédula de extranjería		☐ Auxiliar de enfermería	
		☐ Promotor(a) de salud	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
Departamento <u>Casare</u>		<u>Ed Ariza V</u> <u>731026-01</u>	
Municipio <u>Yopal</u>			
<u>2020</u> Año <u>08</u> Mes <u>29</u> Día			



