

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.653.843**

**TUMAY**

APELIDOS

**JULIO**

NOMBRES

*Julio Tumay*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1959**

**YOPAL**  
(Casanare)

LUKER DE NACIMIENTO

**1.59**      **O+**      **M**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**23-FEB-1981 YOPAL**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



INDICE DERECHO



A-4632000-00191834-M-0009653843-20091029      0017562372A1      30906573

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.739.323**

**TUMAY**

APELLIDOS

**MARIA AMELIA**

NOMBRES

**NO FIRMA**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1938**

**NUNCHIA  
(CASANARE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**15-NOV-1971 YOPAL**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4632000-00205947-F-0023739323-20091222      0019289934G      28549694



Ministerio de la Protección Social

**República de Colombia**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
**ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL**



## 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**70538158-3**

(Consulte instrucciones al respaldo)

**I. INFORMACIÓN GENERAL****LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

Departamento

*Casanie*

Municipio

*Hato Coloto***ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Cabecera municipal Centro poblado

Inspección, corregimiento o caserío

 Rural dispersoTIPO DE  
DEFUNCIÓN Fetal No fetalFECHA EN QUE OCURRIÓ LA  
DEFUNCIÓN*2020* Año*11* Mes*12* DíaHORA EN QUE OCURRIÓ  
LA DEFUNCIÓN 22 30

Hora

Minutos

 Sin establecer**SEXO DEL FALLECIDO** Masculino Femenino Indeterminado**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

Primer apellido

*tonay*

Segundo apellido

Primer nombre

*Maria*

Segundo nombre

*Amelia***TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO** Registro civil Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería Pasaporte Sin informaciónNÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  
DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD)*23-739-323*PROBABLE MANERA DE  
MUERTE Natural Violenta En estudio**DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN****APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

Primer apellido

*Gomez*

Segundo apellido

*Aldana*

Primer nombre

*Juisc*

Segundo nombre

*Fernando***TIPO DE DOCUMENTO DE  
IDENTIFICACIÓN** Cédula de ciudadanía Pasaporte Cédula de extranjeríaNÚMERO DE DOCUMENTO DE  
IDENTIFICACIÓN (TAL COMO  
FIGURA EN EL DOCUMENTO DE  
IDENTIDAD)*1092715912*PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA  
LA DEFUNCIÓN Médico Enfermero(a) Auxiliar de  
enfermería Promotor(a)  
de salud

## REGISTRO PROFESIONAL

*1092715912***LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

Departamento

*Casanie*

Municipio

*Hato Coloto**2020 07 13***FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN***José Alfonso Aldana**Medico General*