

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.653.843

TUMAY

APELLIDOS

JULIO

NOMBRES

Julio Tumay
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1959

YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G S. RH

M

SEXO

23-FEB-1981 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-4632000-00191834-M-0009653843-20091029

0017562372A 1

30908573

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.739.323**

TUMAY

APELLIDOS

MARIA AMELIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

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

NUNCHIA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-NOV-1971 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-4632000-00205947-F-0023739323-20091222

0010289934G 1

28549694



República de Colombia
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



Ministerio de la Protección Social

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 <u>Casanare</u>	Municipio <u>Hato Colorado</u>		
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
<input type="checkbox"/> Cabecera municipal	<input type="checkbox"/> Fetal	<u>2020</u> Año	<u>22</u> Hora <u>30</u> Minutos
<input type="checkbox"/> Centro poblado	<input checked="" type="checkbox"/> No fetal	<u>11</u> Mes	<input type="checkbox"/> Sin establecer
<input checked="" type="checkbox"/> Rural disperso		<u>12</u> Día	
Inspección, corregimiento o caserío			
SEXO DEL FALLECIDO	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		
<input type="checkbox"/> Masculino	Primer apellido <u>tonay</u> Segundo apellido		
<input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Primer nombre <u>Maria</u> Segundo nombre <u>Anelia</u>		
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<u>23-739.323</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Sin información		<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>Gomez</u>	Segundo apellido <u>Aldana</u>	Primer nombre <u>Juisc</u>	Segundo nombre <u>Fernando</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
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte	<u>1098715412</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	<u>1098715412</u>
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
Departamento <u>Casanare</u>	Municipio <u>Hato Colorado</u>	<u>Juan Fernando Gomez</u> Medica Gomez	
<u>2020</u> Año <u>11</u> Mes <u>13</u> Día			