

La salud es de todos		Minsalud		NDE		Nacimientos y Defunciones		DANE	
<b>CERTIFICADO DE DEFUNCION</b>									
<b>DOCUMENTO NO VALIDO PARA TRÁMITES LEGALES</b>									
Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5to.									
1. Número del certificado de Defunción		726173781							
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>									
<b>2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION</b>									
Departamento					Municipio				
QUINDÍO					LA TEBALDA				
<b>3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION</b>									
CABECERA MUNICIPAL									
Inspección, corregimiento o caserío									
<b>4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION</b>									
CASA/DOMICILIO					¿Cuál?				
<b>5. NOMBRE DE LA INSTITUCION DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION</b>									
634010012301 ESE HOSPITAL PLOX DE LA TEBALDA									
Código 634010012301									
<b>8. TIPO DE DEFUNCION</b>					<b>7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION (AAAA-MM-DD)</b>				
NO FETAL					2020-12-17				
<b>8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION</b>					<b>9. SEXO DEL FALLECIDO</b>				
Hora 8		Minutos 50		<input type="checkbox"/> Sin establecer		FEMENINO			
<b>10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b>									
CASTAÑO		DE TABORDA		ELBA		JUDITH			
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
<b>11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO</b>					<b>12. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b>				
CÉDULA DE EXTRANJERÍA					2446494				
<b>13. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO</b>					<b>14. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO</b>				
1925-03-07					ESTABA VIUDO(A)				
<b>15. EDAD DEL FALLECIDO</b>					<b>16. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO</b>				
DE UN AÑO a Edad		95		BÁSICA PRIMARIA		Último año o grado aprobado			5
<b>17. LA OCUPACION PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCION</b>									
No									
¿Cual fue la última ocupación?					HOGAR				
<b>18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:</b>									
NINGUNO DE LOS ANTERIORES									

A cuál pueblo indígena pertenece?

**19. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)**

País COLOMBIA  
 Departamento QUINDÍO  
 Municipio LA TEBAIDA

**20. ÁREA DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO**

Cabecera municipal Barrio CENTRO Dirección KR9 N 9-46  
 Localidad o comuna  
 Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)  
 Rural disperso (Vereda)

**21. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)**

CONTRIBUTIVO

**22. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECIÓ EL FALLECIDO**

Tipo de Administradora Nombre de la administradora  
 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS SA

**23. PROBABLE MANERA DE MUERTE**  
 NATURAL

**24. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR**  
 MÉDICO NO TRATANTE

DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO

**25. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO**

**26. TIPO DE PARTO - EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO:**

**27. MULTIPLICIDAD - EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO:**

**28. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO: NÚMERO DE SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN**

Ignorado

**29. PESO AL NACER (EN GRAMOS) DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO**

DATOS DEL NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

**30. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE**

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

**31. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE**

**32. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

**33. EDAD DE LA MADRE**

En años cumplidos

**34. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS (INCLUYENDO EL PRESENTE), DE LA MADRE**

Nacidos vivos

Nacidos muertos

**35. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE**

**36. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE**

Último año o grado aprobado

**DEFUNCIONES MUJERES EN EDAD FERTIL**

37. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?

SI  NO  SIN INFORMACIÓN

38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS?

SI  NO  SIN INFORMACIÓN

39. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

SI  NO  SIN INFORMACIÓN

**MUERTES VIOLENTAS**

40. PROBABLE MANERA DE MUERTE

41. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? : SI HERIDO (CLASE DE ARMA); AHOGADO (QUEBRADA, RÍO, POZO, PISCINA, ETC.); ATROPELLADO (VEHÍCULO DE MOTOR, BICICLETA, DE TRACCIÓN ANIMAL, ETC. Y ESPECIFICAR SI EL FALLECIDO ERA CONDUCTOR, PASAJERO O PEATÓN); SI FUE ENVENENADO (LA CLASE DE VENENO, DROGA, MEDICAMENTO, GASES O VAPORES).

42. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO

Departamento

Municipio

Dirección de ocurrencia del hecho

**CAUSAS DE DEFUNCION PARA TODOS LOS CASOS**

43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE ?

Necropsia  Historia Clínica  Pruebas de laboratorio  Interrogatorio a familiares o testigos

44. ¿ RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE? SI

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (EN CASO DE MUERTE FETAL, O DE MENORES DE 7 DÍAS, INFORME TAMBIÉN LAS CAUSAS MATERNAS DIRECTAS O INDIRECTAS EN C Y D) (CONSIGNE UNA CAUSA POR LINEA)

Causas

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Tiempo Unidad CIE10 de Medida

1. CAUSA DIRECTA Mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.

a) SPOCK SEPTICO

Debido A

b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido A

c) POSIBLE COVID

Debido A

d)

Debido A

CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.

3. OTROS ESTADOS PATOLOGICOS IMPORTANTES (Que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo)

CAUSA BASICA

46. MUERTE SIN CERTIFICACION MEDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO (A), AUXILIAR DE ENFERMERIA, PROMOTOR(A) DE SALUD)  
Causa probable de muerte

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

47. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

MENDEZ LOPEZ DANIELA  
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

49. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN  
1098312019

50. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN  
MÉDICO

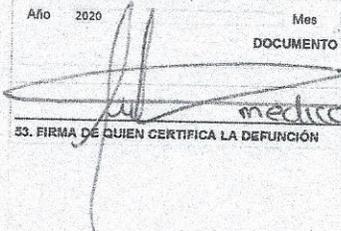
51. REGISTRO PROFESIONAL  
1098312019

52. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento QUINDÍO  
Municipio LA TEBALDA  
Año 2020 Mes DICIEMBRE Día 17

DOCUMENTO NO VALIDO PARA TRÁMITES LEGALES

53. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

  
medicos70  
1098312019

INDICATIVO SERIAL	1356360		REGISTRO DE DEFUNCION
OFICINA DE REGISTRO	4 Clase (notaría, alcaldía, inspección, etc.) NOTARIA SEGUNDA	5 Código 5002	6 Municipio, depto. intendencia o comisaria ARMENIA (QUINDIO)

FECHA EN QUE SIENTA ESTE REGISTRO	
1 Día 25	2 Mes MAYO
2000	

DATOS DEL INSCRITO	7 Primer apellido TABORDA	8 Segundo apellido o de casada RIOS	9 Nombres RAMON ELIAS
	FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
	No. identificación personal	10 Año	11 Mes
	12 Día	13 PARTE COMPLE	14 Depto, int, com, o país si no es Colombia
	15 Municipio	16 Indicativo serial o folio No.	17 Oficina de registro
FECHA DE REGISTRO NACIMIENTO		20 Año	
18 Día	19 Mes		
21 Sexo	22 Estado civil		23 Identificación
Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1	Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1	Viudo(a) <input type="checkbox"/> 3	Clase: T.I. <input type="checkbox"/> 1 C.C. <input type="checkbox"/> 2 C.E. <input type="checkbox"/> 3
Femenino <input type="checkbox"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 2	Otro <input type="checkbox"/> 4	No. 1.252353 De

DATOS DE LA DEFUNCION	LUGAR DE LA DEFUNCION			
	24 País COLOMBIA	25 Depto, int, comis. QUINDIO	26 Municipio ARMENIA	27 Insp. policía o correg.
	FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION		INDIQUE LA CAUSA DEL DECESO	
	28 Día 24	29 Mes MAYO	30 Año 2000	31 Hora 11.30 AM
	32			NATURAL
	33 Nombres y apellidos del médico que certifica DR. CARLOS ENRIQUE LEYVA.			34 Licencia No. 413
PRESUNCION DE MUERTE		FECHA SENTENCIA		
35 Juzgado que profiere la sentencia		36 Día	37 Mes	
39 Documento presentado		38 Año		
Certificación médica <input checked="" type="checkbox"/> 1		Orden judicial <input type="checkbox"/> 2		
		Autorización judicial <input type="checkbox"/> 3		

DATOS DEL PADRE	40 Nombres y apellidos
DATOS DE LA MADRE	41 Nombres y apellidos
DATOS DEL CONYUGE	42 Nombres y apellidos
	43 Identificación

DATOS DEL DENUNCIANTE	44 Nombres y apellidos ANTONIO JOSE TORO CARRERA	45 Firma y documento de identificación
	46 Dirección CALLE 21. KRA 20. ARMENIA. Q.	C.C. No. 24075241 de
DATOS DEL TESTIGO	47 Nombres y apellidos	48 Firma y documento de identificación
	49 Dirección	C.C. No. de
DATOS DEL TESTIGO	50 Nombres y apellidos	51 Firma y documento de identificación
	52 Dirección	C.C. No. de
		53

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

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

OFICINA DE REGISTRO

Impreso en la Dirección de Edición de DANE

tramite documentos.