

Proceso Declarativo de Pertenencia de Elías Castilla Pérez contra Miguel Ángel Puentes Puentes, Rosario Puentes Vda. De Sánchez y otros. Rad. 2015-00161- Registro Civil de Defunción Elías Castilla Pérez

Diego Hernando Gomez Florez <dg@gomezguarin.com>

Lun 6/09/2021 8:25 AM

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Santander - Bucaramanga <j10ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>; germanpu@gmail.com <germanpu@gmail.com>; jdiaz10@hotmail.com <jdiaz10@hotmail.com>; hzapata@gzlaw.co <hzapata@gzlaw.co>; Sonia Margarita Guerrero Gallo <sm@gomezguarin.com>; luiskmal@gmail.com <luiskmal@gmail.com>

 2 archivos adjuntos (549 KB)

26. Memo aportando registro civil de defuncion 06.09.2021.pdf; REGISTRO DE DEFUNCION ELIAS CASTILLA PEREZ.pdf;

**Señor
Juez Décimo
Civil del circuito.
Bucaramanga**

Referencia: Proceso Declarativo de Pertenencia de Elías Castilla Pérez contra Miguel Ángel Puentes Puentes, Rosario Puentes Vda. De Sánchez y otros. Rad. 2015-00161.

Asunto: Registro Civil de Defunción Elias Castilla Pérez.

Diego Hernando Gómez Flórez, abogado, mayor de edad, domiciliado y residente en Bucaramanga, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.722.820 y tarjeta profesional 133.199, del C.S. de la J, en calidad de apoderado del demandante principal ELIAS CASTILLA PEREZ (Q.E.P.D). dentro del proceso de la referencia, me permito aportar el documento original que acredita la defunción de mi representado y su traducción oficial de conformidad con el artículo 251 del C.G.P.

Atentamente,

DIEGO HERNANDO GÓMEZ FLÓREZ

Abogado/Attorney at Law

GÓMEZ GUARÍN ABOGADOS

Calle 35 No. 17-77 Of 707-708

Edificio Bancoquia

Bucaramanga - Colombia

Celular: +57 313-4658300

**Señor
Juez Décimo
Civil del circuito.
Bucaramanga**

**Referencia: Proceso Declarativo de Pertenencia de
Elías Castilla Pérez contra Miguel Ángel Puentes
Puentes, Rosario Puentes Vda. De Sánchez y otros.
Rad. 2015-00161.**

**Asunto: Registro Civil de Defunción Elias Castilla
Pérez.**

Diego Hernando Gómez Flórez, abogado, mayor de edad, domiciliado y residente en Bucaramanga, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.722.820 y tarjeta profesional 133.199, del C.S. de la J, en calidad de apoderado del demandante principal ELIAS CASTILLA PEREZ (Q.E.P.D). dentro del proceso de la referencia, me permito aportar el documento original que acredita la defunción de mi representado y su traducción oficial de conformidad con el artículo 251 del C.G.P.

Atentamente,



**Diego Hernando Gómez Flórez
C.C. 13,722.820 de Bucaramanga
PT.P.133.199**

Certification of Translation Accuracy

Translation of **Death Certificate - Elias Castilla** from **English to Spanish**

We, ImmiTranslate, a professional translation services company with corporate membership to the American Translators Association, hereby certify that the above-mentioned document has been translated by an experienced, qualified and competent professional translator, fluent in the above-mentioned language pair and that, in our best judgment, the translated text truly reflects the content, meaning, and style of the original text and constitutes in every respect a complete and accurate translation of the original document. This document has not been translated for a family member, friend, or business associate.

This is to certify the correctness of the translation only. We do not make any claims or guarantees about the authenticity or content of the original document. Further, ImmiTranslate, assumes no liability for the way in which the translation is used by the customer or any third party, including end-users of the translation.

A copy of the translation is attached to this certification.

Ian Hawes
Managing Partner
ImmiTranslate, LLC
Dated: August 14, 2021



I hereby certify that on **August 14, 2021, Ian Hawes** appeared before me, and being duly sworn declared he signed this application in the capacity designated, if any, and further states that he has read the above application and the statements therein contained are true.

As witness my hand and notarial seal.

Signature of notary
Dated: August 14, 2021

Seal or Stamp

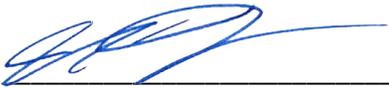
Certification of Translation Accuracy

Traducción del **Certificado de defunción - Elias Castilla de inglés a español**

Nosotros, ImmiTranslate, una compañía de servicios de traducción profesional, por medio del presente certificamos que el documento mencionado arriba ha sido traducido por traductores peritos profesionales calificados y que, de nuestro mejor juicio, el texto traducido refleja la fidelidad del contenido, significado y estilo del texto original y constituye una traducción exacta y fiel en cada aspecto y es una traducción fiel del documento original. Este documento no ha sido traducido para un miembro de la familia, amigo o socio.

Esta solamente es para certificar la fidelidad de la traducción. No garantizamos que el documento original sea genuino, ni que su contenido sea verás. Además, ImmiTranslate, no es responsable de la manera que el cliente, terceros ni usuarios, usen la traducción.

Se anexa una copia de la traducción a esta certificación.



Ian Hawes
 Socio Gerente
 ImmiTranslate, LLC
Fecha: 14 de agosto de 2021

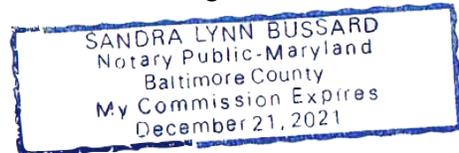


Por la presente certifico que el **14 de agosto de 2021**, **Ian Hawes** compareció ante mí, y siendo juramentado debidamente declaró que firmó esta solicitud en la capacidad designada, en su caso, y además declara que ha leído la solicitud anterior y que las declaraciones contenidas en ella son verdaderas.

Como testigo, mi mano y sello notarial.



Firma del notario
Fecha: 14 de agosto de 2021



[Sello: SANDRA LYNN BUSSARD
 Notario Público-Maryland
 Baltimore Condado
 Mi cargo expira
 21 de diciembre de 2021]

No. de Registro del Distrito: 3121
 No. de Registro Civi: 3100-2019004715

Departamento de Salud de Ohio
REGISTRO CIVIL

No. de Registro Estatal: 2019104811

Certificado Médico Complementario

1519879

Nombre del Difunto: ELIAS CASTILLA			
Lugar de nacimiento OTRO		Fecha de la Muerte 5 DE NOVIEMBRE DE 2019	
23. Registrador Local TIMOTHY I INGRAM		24. Fecha de Registro 06 DE DICIEMBRE DE 2019	
26a. Certificador (Marcar solo uno)	Médico que certifica A mi mejor saber, la muerte ocurrió a la hora, en la fecha y en el lugar y por la(s) causa(s) y la manera indicada. <input checked="" type="checkbox"/> Médico forense Basado en el examen y/o investigación, en mi opinión, la muerte ocurrió a la hora, en la fecha y en el lugar y por la(s) causa(s) y la manera indicada.		
26b. Hora de nacimiento ENCONTRADO	26c. Fecha de la declaración de la muerte (día/mes/año) 5 DE NOVIEMBRE DE 2019	26d. ¿Fue referido el caso al médico forense? 6 DE DICIEMBRE DE 2019	
26e. Nombre y título del certificador LOOMAN, KAREN BETH Médico Forense Suplente		26f. Número de licencia 34.009382	26g. Fecha de la firma 06 DE DICIEMBRE DE 2019
27. Nombre y dirección de la persona que completó la causa de la muerte LOOMAN, KAREN BETH, 3159 EDEN AVE, CINCINNATI, OH 45219			
28. Parte I. Escribir la enfermedad, las lesiones o las complicaciones que causaron la muerte. No se debe escribir el modo de la muerte, por ejemplo, paro cardíaco, shock o insuficiencia cardíaca.			Intervalo aproximado entre el inicio y la muerte
Causa inmediata (enfermedad o condición final que resultó en la muerte)	a. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIOSCLERÓTICA E HIPERTENSIVA		AÑOS
Enumerar secuencialmente las condiciones, si las hay, que conducen a la causa inmediata. Introducir la causa subyacente en último lugar (enfermedad o lesión que inició los acontecimientos que provocaron la muerte)	b. Por (como consecuencia de)		
	c. Por (como consecuencia de)		
	d. Por (como consecuencia de)		
Part II. Otras condiciones significativas que contribuyen a la muerte pero que no resultan en la causa subyacente dada en Parte I		29a. ¿Se realizó una autopsia? NO	29b. ¿Estaban disponibles los resultados de la autopsia antes de completar la causa de la muerte?
30. ¿Contribuyó el uso de tabaco a la muerte? DESCONOCIDO	31. Si es mujer, estado de embarazo NO SE APLICA	32. Manera de la muerte NATURAL	
33a. Fecha de la lesión (Día/mes/año)	33b. Hora de la lesión	33c. Lugar de la lesión (ej. casa del difunto, obra de construcción, restaurante, zona boscosa)	33d. ¿Fue lesionado en el trabajo?
33e. Ubicación de la lesión (Calle y número o Número de ruta rural, Ciudad o Pueblo, Estado)			
33f. Describir cómo ocurrió la lesión:		33g. Si es una lesión de transporte, especificar:	

HEA 2752

ESTE CERTIFICADO COMPLEMENTARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE

Rev. 08/18

O EL MÉDICO FORENSE Y REGISTRADO CON EL REGISTRO CIVIL LOCAL

Requerido por sección 3705.27 del Código Revisado de Ohio

[BAR CODE]
1519879

[BAR CODE]
2019104811

09 DIC 2019
[SIGNATURE]

POR MEDIO DEL PRESENTE, CERTIFICO QUE ESTE DOCUMENTO ES UNA COPIA EXACTA DEL REGISTRO REGISTRADO EN EL ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE OHIO.

VERIFICAR LA PRESENCIA DE LA FILIGRANA ODH

MIRAR A CONTRALUZ PARA VER