

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DOCUMENTO NO VALIDO PARA TRÁMITES LEGALES

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 **725058616**

INFORMACIÓN GENERAL

2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Departamento **SANTANDER** Municipio **FLORIDABLANCA**

3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CABECERA MUNICIPAL

Inspección, corregimiento o caserío

4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN **HOSPITAL/CLÍNICA** ¿Cuál?

5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

VIVASALUD IPS S.A.S FLORIDABLANCA

Código **682760063201**

6. TIPO DE DEFUNCIÓN **NO FETAL** 7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (AAAA-MM-DD) **2021-04-13**

8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora **22** Minutos **30** Sin establecer 9. SEXO DEL FALLECIDO **MASCULINO**

10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

TARAZONA	REYES	ROQUE	JULIO
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO **CÉDULA DE CIUDADANÍA** 12. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) **5612194**

13. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO **1946-03-20** 14. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO **ESTABA CASADO(A)**

15. EDAD DEL FALLECIDO **75** DE UN AÑO C Edad 16. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO **5** **BÁSICA PRIMARIA** Último año o grado aprobado

17. LA OCUPACIÓN PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCIÓN

CERTIFICADO DE DEFUNCION

¿Cual fue la última ocupación? AGRICULTORES DE CULTIVOS TRANSITORIOS

18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:

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)

Pais COLOMBIA
Departamento SANTANDER
Municipio CERRITO

20. ÁREA DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO

Cabecera municipal

Barrio CERRITO
Localidad o comuna

Dirección

CL 9 NO 6 69

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)

SUBSIDIADO

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

Tipo de Administradora

Nombre de la administradora

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADO

COMPARTA ESS - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA SOLIDAR.

23. PROBABLE MANERA DE MUERTE

NATURAL

24. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR

MÉDICO 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?

38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS?

SI NO SIN INFORMACIÓN

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

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

a) CHOQUE MIXTO REFRACTARIO

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.

b) SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR

Debido A

c) NEUMONIA MULTILOBAR

Debido A

d) COVID XIX CONFIRMADO

Debido A

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

EPOC HIPERTENSIONA RTERIAL UROPATIA OBSTRUCTIVA

CAUSA BASICA

46. MUERTE SIN CERTIFICACION MÉDICA (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)

SANTOS ACEVEDO CAROLINA
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA

49. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1098740521

50. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

MÉDICO

51. REGISTRO PROFESIONAL

1098740521

52. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento SANTANDER
Municipio FLORIDABLANCA

Año 2021 Mes ABRIL Día 14

DOCUMENTO NO VALIDO PARA TRÁMITES LEGALES

53. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

[Handwritten signature]

R.M: 00418-14
Alex Abaúnza