

Recibi  
13-May-2017  
Nort

42  
454

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 28 de Mayo 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	22/05/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	23/05/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	22/05/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Valladarez
[REDACTED]	25/05/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	27/05/2017	[REDACTED]
[REDACTED]	25/05/2017	Funerales Cristo rey
[REDACTED]		[REDACTED]

SEMANA DEL 22 AL 28 DE Mayo Funerales 'Rueda'

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

C. [REDACTED]

ADMINISTRADOR

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL  
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
MEXICO

kon  
ni (100)



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

455



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA
	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 09:30

LUGAR: IMSS CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] L. CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] DRANTES, IGUALA, GRO. OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE LAS SIGUIENTES ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS

SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL DE LA REPUBLICA  
SECRETARIA DE INVESTIGACION  
SECRETARIA DE DEFENSA Y PROTECCION CIVIL  
SECRETARIA DE ECONOMIA

FIRMAS

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

AYUNTAMIENTO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2016-2018

GUERRERO  
REGISTRO CIVIL

Art. 119  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

456

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,  
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle _____ de la localidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachelillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEXME <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Segura Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEXME <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle _____ de la localidad _____ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Núm. Exterior _____ 14.4 Núm. Interior _____ 14.5 Tipo de asentamiento humano _____ 14.6 Nombre del asentamiento humano _____ 14.7 Código Postal _____ 14.8 Localidad _____ 14.9 Municipio o delegación _____ 14.10 Entidad federativa _____	
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año _____ Horas _____ Minutos _____	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 43 días previos a la muerte <input type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 Anote brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____	
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió el presunto accidente, homicidio o suicidio Calle _____ de la localidad _____ 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ 27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle _____ de la localidad _____ 29.1 Núm. Exterior _____ 29.2 Núm. Interior _____ 29.3 Tipo de asentamiento humano _____ 29.4 Código Postal _____ 29.5 Localidad _____ 29.6 Municipio o delegación _____ 29.7 Entidad federativa _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

457

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS REGISTROS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. Fecha de nacimiento		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
5. CURP		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		GUERRERO			
8. EDAD CUMPLIDA		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8.2 Semanas de gestación:		En unión libre <input type="radio"/> 4		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10.1 Tipo de vialidad		PRIVADA		10.2 Tipo de vialidad			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12.1 Trabajaba			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5		Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8				Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		14.1 Nombre de la unidad médica			
PRIVADA		PRIVADA		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
PARTE I		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE			
a) Debido a (o como consecuencia de)							
b) Debido a (o como consecuencia de)							
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d) Debido a (o como consecuencia de)							
PARTE II		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
						Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Antecedente de violencia			
22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3		Antes de la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)			
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Antes de la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		22.7 Nombre del asentamiento humano			
CARPETA DE INVESTIGACIÓN:		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior	
22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Municipio o delegación		22.7.7 Código Postal	
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		22.7.11 Entidad federativa	
23. NOMBRE DEL INF.		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR			
AYOTZIN				Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3			
25.1 Nombre(s)		25.2 Primer Apellido		25.3 Segundo Apellido		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
25.4 Nombre(s)		25.5 Primer Apellido		25.6 Segundo Apellido		Número	
25.7 Nombre		25.8 Localidad		25.9 Municipio o delegación		28. Fecha de certificación	
25.9 Municipio o delegación		25.10 Entidad federativa		25.11 Teléfono		29. DOMICILIO y TELÉFONO	
25.12 Localidad		25.13 Municipio o delegación		25.14 Entidad federativa		29.1 Tipo de vialidad	
25.15 Localidad		25.16 Municipio o delegación		25.17 Entidad federativa		29.2 Nombre de la vialidad	
25.18 Localidad		25.19 Municipio o delegación		25.20 Entidad federativa		29.3 Nombre del asentamiento humano	
25.21 Localidad		25.22 Municipio o delegación		25.23 Entidad federativa		29.4 Nombre del asentamiento humano	
25.24 Localidad		25.25 Municipio o delegación		25.26 Entidad federativa		29.5 Tipo de asentamiento humano	
25.27 Localidad		25.28 Municipio o delegación		25.29 Entidad federativa		29.6 Nombre del asentamiento humano	
25.30 Localidad		25.31 Municipio o delegación		25.32 Entidad federativa		29.7 Código Postal	
25.33 Localidad		25.34 Municipio o delegación		25.35 Entidad federativa		29.8 Localidad	
25.36 Localidad		25.37 Municipio o delegación		25.38 Entidad federativa		29.9 Municipio o delegación	
25.39 Localidad		25.40 Municipio o delegación		25.41 Entidad federativa		29.10 Entidad federativa	
25.42 Localidad		25.43 Municipio o delegación		25.44 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
25.45 Localidad		25.46 Municipio o delegación		25.47 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
25.48 Localidad		25.49 Municipio o delegación		25.50 Entidad federativa		Día Mes Año	
25.51 Localidad		25.52 Municipio o delegación		25.53 Entidad federativa		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
25.54 Localidad		25.55 Municipio o delegación		25.56 Entidad federativa		Núm. Libro Núm.	
25.57 Localidad		25.58 Municipio o delegación		25.59 Entidad federativa		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
25.60 Localidad		25.61 Municipio o delegación		25.62 Entidad federativa		32.1 Localidad	
25.63 Localidad		25.64 Municipio o delegación		25.65 Entidad federativa		32.2 Municipio o delegación	
25.66 Localidad		25.67 Municipio o delegación		25.68 Entidad federativa		32.3 Entidad federativa	
25.69 Localidad		25.70 Municipio o delegación		25.71 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	



COORDINACIÓN SEMEFO IGUALA



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.  
UNIDAD DE INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN: [REDACTED]

OFICIO NÚMERO: 6842

ASUNTO: Se solicita registro de defunción.

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO; (23) VEINTITRES DÍA(S) DEL MES DE MAYO DEL DOS MIL DIECISIETE

OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.  
PRESENTE.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo masculino que falleció sobre la calle [REDACTED] de esta Ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero.

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Fecha de Nacimiento: [REDACTED]

Estado civil: [REDACTED]

Institución: [REDACTED]

Ocupación: Empleado ([REDACTED])

Originario: Iguala de la Independencia, Guerrero.

Nacionalidad: Mexicana

Domicilio actual: Domicilio en calle [REDACTED] de esta Ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero.

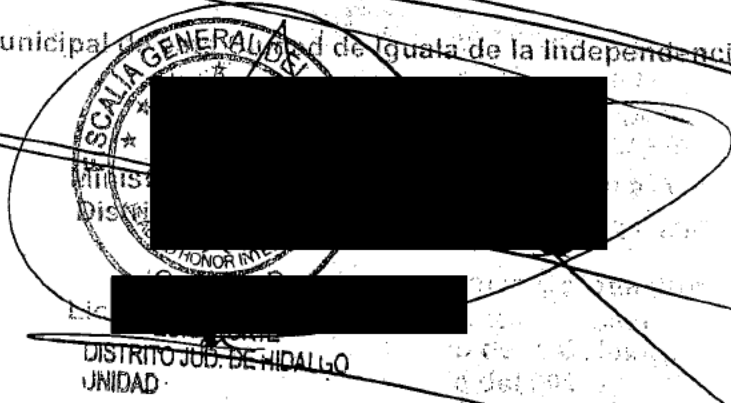
Padres: [REDACTED] (Viven).

Lugar y fecha de muerte: sobre la calle [REDACTED] de esta Ciudad de Iguala de la Independencia, Guerrero.

Causa de muerte: [REDACTED]

Doctor que Dictamino: Dr. [REDACTED], (Medico Forense).

Inhumación: En el Panteon Municipal de Iguala de la Independencia, Guerrero.



DISTRITO JUD. DE HIDALGO  
UNIDAD

\*3841932V201713057570H201717

C. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

460



LIBRO 03	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 11 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]  
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 03:38

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] COLONIA SAN JOSE, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [REDACTED]  
B) B) [REDACTED]  
C) C) PB. [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] A SAN JOSE, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: CHOFER

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: TIO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE BUENAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTE REQUISITOS

SECRETARIA DE LA REPUBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACION  
FONOS PARA EL CASO  
OTZINAPA

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [REDACTED] FIRMA [REDACTED]



M. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

SECRETARIA DE GOBIERNO GUERRERO

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Art. 143  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

461

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

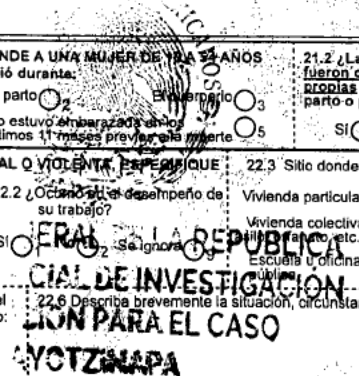
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			2. [Redacted]			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: _____ Para menores de un día: Horas: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos: _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____			8.2 Semanas de gestación: _____			9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad			10.3 Nóm. Exterior		
10.4 Nóm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano			10.7 Código Postal		
10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			11.2 Trabajaba: Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEXEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99			13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____								
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEXEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			14.3 Nombre de la unidad médica		
14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			14.5 Nombre de la unidad médica			14.6 Nombre de la unidad médica			14.7 Nombre de la unidad médica		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad			15.3 Nóm. Exterior		
15.4 Nóm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano			15.7 Código Postal		
15.8 Localidad			15.9 Municipio o delegación			15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 2 Mes: 3 Año: 10 Hora: 5 Minuto: 2			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			19.2 Causas antecedentes			19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
19.4 Código CIE			19.5 Código CIE			19.6 Código CIE			19.7 Código CIE		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.1 Fue un presunto			22.2 Sitio donde ocurrió la lesión			22.3 Descripción de la lesión		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)			22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____			22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			22.7.1 Tipo de vialidad			22.7.2 Nombre de la vialidad			22.7.3 Nóm. Exterior		
22.7.4 Nóm. Interior			22.7.5 Tipo de asentamiento humano			22.7.6 Nombre del asentamiento humano			22.7.7 Código Postal		
22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o delegación			22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE DEL INF.			24. PARENTE DEL FALLECIDO(A)								
25. CERTIFICADA POR			25.1 Médico tratante			25.2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud			25.3 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
25.4 Autoridad civil			25.5 Otro			25.6 Número de la cédula profesional			25.7 Nombre del médico		
25.8 Otro			25.9 Domicilio y teléfono			25.10 Fecha de certificación			25.11 Teléfono		
25.12 Fecha de certificación			25.13 Fecha de certificación			25.14 Fecha de certificación			25.15 Fecha de certificación		
25.16 Fecha de certificación			25.17 Fecha de certificación			25.18 Fecha de certificación			25.19 Fecha de certificación		
25.20 Fecha de certificación			25.21 Fecha de certificación			25.22 Fecha de certificación			25.23 Fecha de certificación		
25.24 Fecha de certificación			25.25 Fecha de certificación			25.26 Fecha de certificación			25.27 Fecha de certificación		
25.28 Fecha de certificación			25.29 Fecha de certificación			25.30 Fecha de certificación			25.31 Fecha de certificación		
25.32 Fecha de certificación			25.33 Fecha de certificación			25.34 Fecha de certificación			25.35 Fecha de certificación		
25.36 Fecha de certificación			25.37 Fecha de certificación			25.38 Fecha de certificación			25.39 Fecha de certificación		
25.40 Fecha de certificación			25.41 Fecha de certificación			25.42 Fecha de certificación			25.43 Fecha de certificación		
25.44 Fecha de certificación			25.45 Fecha de certificación			25.46 Fecha de certificación			25.47 Fecha de certificación		
25.48 Fecha de certificación			25.49 Fecha de certificación			25.50 Fecha de certificación			25.51 Fecha de certificación		
25.52 Fecha de certificación			25.53 Fecha de certificación			25.54 Fecha de certificación			25.55 Fecha de certificación		
25.56 Fecha de certificación			25.57 Fecha de certificación			25.58 Fecha de certificación			25.59 Fecha de certificación		
25.60 Fecha de certificación			25.61 Fecha de certificación			25.62 Fecha de certificación			25.63 Fecha de certificación		
25.64 Fecha de certificación			25.65 Fecha de certificación			25.66 Fecha de certificación			25.67 Fecha de certificación		
25.68 Fecha de certificación			25.69 Fecha de certificación			25.70 Fecha de certificación			25.71 Fecha de certificación		
25.72 Fecha de certificación			25.73 Fecha de certificación			25.74 Fecha de certificación			25.75 Fecha de certificación		
25.76 Fecha de certificación			25.77 Fecha de certificación			25.78 Fecha de certificación			25.79 Fecha de certificación		
25.80 Fecha de certificación			25.81 Fecha de certificación			25.82 Fecha de certificación			25.83 Fecha de certificación		
25.84 Fecha de certificación			25.85 Fecha de certificación			25.86 Fecha de certificación			25.87 Fecha de certificación		
25.88 Fecha de certificación			25.89 Fecha de certificación			25.90 Fecha de certificación			25.91 Fecha de certificación		
25.92 Fecha de certificación			25.93 Fecha de certificación			25.94 Fecha de certificación			25.95 Fecha de certificación		
25.96 Fecha de certificación			25.97 Fecha de certificación			25.98 Fecha de certificación			25.99 Fecha de certificación		
25.100 Fecha de certificación			25.101 Fecha de certificación			25.102 Fecha de certificación			25.103 Fecha de certificación		



Art. 113  
Fracc. V  
LFTAIP  
Motivación 2

LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
Motivación 1





**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes Mayo del 2017.

Se autoriza al C. Teneales Cristo Rey con domicilio ALDAMA #26 centro tel. no. 2-35-40 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

GENERAL DE LA REPUBLICA  
ECIAL DE INVESTIGACION  
ACION PARA EL CASO  
AYOTZINAPA  
DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
MAYO 2017  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

463



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: CASADA	
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 02:30	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL	
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	COLONIA CENTRO IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]		
B) [REDACTED]		
C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]	COLONIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	IGUALA, GUERRERO	OCUPACION: PROFESORA
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	IGUALA, GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADO
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	IGUALA, GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUERIMIENTOS

VERAL DE LA REPUBLICA  
CIVIL DE INVESTIGACION

[REDACTED] PARA EL CASO [REDACTED]  
[REDACTED] NAPA [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
DE LA INDEPENDENCIA  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

GUERRERO  
POR NECESIDAD TODOS  
CIVIL DE INVESTIGACION

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

469

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. [Redacted]	3. SEXO: Hombre <input type="radio"/> 1, Mujer <input checked="" type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1, Otra <input type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted] Minutos, Para menores de un día [Redacted] Horas, Para menores de un mes [Redacted] Días, Para menores de un año [Redacted] Meses, Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) <input type="radio"/> 6, Viudo(a) <input type="radio"/> 2, Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5, En unión libre <input type="radio"/> 4, Divorciado(a) <input type="radio"/> 3, Soltero(a) <input type="radio"/> 1, Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] calle [Redacted] colonia [Redacted] centro [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda, 10.2 Nombre de la vivienda, 10.3 Núm. Exterior, 10.4 Núm. Interior, 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal, 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted] Guerrero	
11. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> 1, Preescolar <input type="radio"/> 12, Primaria <input type="radio"/> 3, Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5, Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7, Profesional <input type="radio"/> 8, Posgrado <input type="radio"/> 10, Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1, Incompleta <input type="radio"/> 2	
12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="radio"/> 1, ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3, SEDENA <input type="radio"/> 5, Seguro Popular <input type="radio"/> 7, Otra <input type="radio"/> 8, IMSS <input type="radio"/> 2, PEMEX <input type="radio"/> 4, SEMAR <input type="radio"/> 6, IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10, Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1, IMSS <input type="radio"/> 3, PEMEX <input type="radio"/> 5, SEMAR <input type="radio"/> 7, IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2, ISSSTE <input type="radio"/> 4, SEDENA <input type="radio"/> 6, Otra unidad pública <input type="radio"/> 8, Unidad médica privada <input type="radio"/> 9, 14.1 Nombre de la unidad médica, 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES), 13.1 Número de seguridad social o afiliación, 14.3 Via pública <input type="radio"/> 10, Otro lugar <input type="radio"/> 12, Hogar <input checked="" type="radio"/> 11, Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted] calle [Redacted] colonia [Redacted] centro [Redacted] 15.1 Tipo de vivienda, 15.2 Nombre de la vivienda, 15.3 Núm. Exterior, 15.4 Núm. Interior, 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal, 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted] Guerrero	
16. [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2	
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)	
b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)	
c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)	
d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1, El parto <input type="radio"/> 2, El puerperio <input type="radio"/> 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1, Homicidio <input type="radio"/> 2, Suicidio <input type="radio"/> 3, Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0, Área deportiva <input type="radio"/> 3, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1, Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4, Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2, Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5, Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6, Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7, Otro <input type="radio"/> 8, Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
22.5 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: VERBAL DE LA REPUBLICA, DIA DE INVESTIGACION, NOTIZADA	
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted] calle [Redacted] colonia [Redacted] centro [Redacted] 22.7.1 Tipo de vivienda, 22.7.2 Nombre de la vivienda, 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior, 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal, 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted] Guerrero	
<b>DEL INF.</b>	
23. NOMBRE [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
<b>DEL CERTIFICANTE</b>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1, Médico legista <input type="radio"/> 2, Otro médico* <input type="radio"/> 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4, Autoridad civil* <input type="radio"/> 5, Otro* <input type="radio"/> 8	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE [Redacted]	
28. F [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: [Redacted] calle [Redacted] colonia [Redacted] centro [Redacted] 29.1 Tipo de vivienda, 29.2 Nombre de la vivienda, 29.3 Núm. Exterior, 29.4 Núm. Interior, 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal, 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] Guerrero	
<b>DEL REG. CIVIL</b>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted], 31.1 Acta Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted], 32.2 Municipio o delegación [Redacted], 32.3 Entidad federativa [Redacted], 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

Recibido  
13-Nov-2017  
Naty

465

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 04 de Junio 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	29/05/2017	Funerales Urioste
[REDACTED]		

SEMANA DEL 29 AL 04 DE Junio



ATENTAMENTE

[REDACTED]

[REDACTED]

AL SEÑOR ADMINISTRADOR  
DE INVESTIGACIÓN  
PARA EL CASO  
TZINAPA

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

€2017€

•  
GENERAL DE LA REPÚBLICA  
CIAL DE INVESTIGACIÓN  
IÓN PARA EL CASO  
YOTZINAPA

“ JUNIO ”

recibi:  
3-Nov-2017  
Nlat7

467

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 11 de Junio 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 05 AL 11 DE Junio



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
GENERAL DE LA REPUBLICA  
PECI [REDACTED]  
ACION PARA EL CASO  
ADMINISTRADOR  
AYOTZINGA

recibi  
13-Nov-2017

468

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 18 de Junio 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 12 AL 18 DE Junio



ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
ADMINISTRADOR

recibido  
5-Nov-2017  
Naty

469

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de Junio 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	19/06/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	20/06/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	24/06/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Cristo Rey
[REDACTED]	24/06/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda

SEMANA DEL 19 AL 25 DE Junio



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

[REDACTED]  
[REDACTED]

ADMINISTRADOR





SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

[Redacted] 470

RELLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE RECONOCERÁ LA VERDAD DEL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PROBLEMAS SI LAS ESTAS ESTE DOCUMENTO NO SUBSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE [Redacted]  
Nombre(s) [Redacted]

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) [Redacted] Se ignora  99

2. LUGAR DE NACIMIENTO [Redacted] Guerrero

2.1 Municipio o delegación [Redacted] 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 4. EDAD [Redacted] 5.1 ¿Se considera indígena? Si  1 No  2 Se ignora  99  
5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? Si  1 No  2 Se ignora  99  
5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? [Redacted]

6. ESTADO CONYUGAL En unión libre  15 Separado  16 Divorciado  13 Viuda  14 Soltera  12 Casada  11 Se ignora  99

7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO [Redacted] Colima

7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 7.2 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 7.3 Núm. Exterior [Redacted] 7.4 Núm. Interior [Redacted]  
7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 7.7 Código Postal [Redacted]  
7.8 Localidad [Redacted] 7.9 Municipio o delegación [Redacted] 7.10 Entidad federativa [Redacted] 7.11 Teléfono [Redacted]

8. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) [Redacted] Se ignora  99  
9. NÚMERO DE HIJOS (AS) 9.1 Nacidos Muertos (as) [Redacted] Se ignora  99  
9.2 Nacidos Vivos (as) [Redacted] Se ignora  99  
9.3 Sobrevivientes [Redacted] Se ignora  99

10. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a)  1 Muerto (a)  2 No ha tenido otros hijos (as)  3  
10.1 Vive aún Si  1 No  2 Se ignora  99

11. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) [Redacted] Se ignora  99

12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? Si  1 No  2 Se ignora  99  
12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero  1 Segundo  2 Tercero  3 Se ignora  99  
12.3 Total de consultas recibidas [Redacted] Se ignora  99

13. ¿VIVE LA MADRE DEL (A) NACIDO (A) VIVO (A)? Si  1 No  2 13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción [Redacted]

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  1 ISSSTE  3 SEDENA  5 Seguro Popular  7 Otra  8 IMSS  2 PEMEX  4 SEMAR  6 IMSS Prospera  10 Se ignora  99 14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. ESCOLARIDAD Ninguna  1 Primaria  3 Secundaria  5 Bachillerato o preparatoria  7 Profesional  2 Progrado  4 Se ignora  99 15.1 La escolaridad del recién nacido es Completa  1 Incompleta  2

16. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora  99 16.1 Trabajo actualizado Si  1 No  2 Se ignora  99

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO [Redacted] 12/03 18. SEXO Hombre  1 Mujer  2 19. EDAD GESTACIONAL [Redacted] Semanas

20. TALLA [Redacted] Centímetros 21. PESO AL NACER [Redacted] Gramos 22.1 APGAR (A los 5 minutos) [Redacted] 22.2 SILVERMAN (A los 5 minutos) [Redacted] 23. TAMIZ AUDITIVO Si  1 No  2

24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG Si  1 No  2 24.2 Hepatitis B Si  1 No  2 24.3 (A) Si  1 No  2 24.4 (K) Si  1 No  2 25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único  1 Gemelar  2 Tres o más  3

26. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) [Redacted] b) [Redacted]

27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Eutócico  1 Distócico  2 ¿Se usaron fórceps? Si  1 No  2 Cesárea  2 Otro  3 Especifique: [Redacted]

28. SITIO DE ATENCIÓN DEL NACIDO VIVO Secretaría de Salud  1 ISSSTE  2 IMSS  3 PEMEX  4 Unidad médica pública  8 Unidad médica privada  10 Hospital Gal. Iguala Via pública  11 Hospital  12 Otro lugar  13

29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL NACIDO VIVO Médico  1 Gineco-obstetra  2 Enfermera  3 Otro especialista  12 Residente  13 General  14 IMSS  15 MP  16 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Partera  5 Otro  6 Especifique: [Redacted]

30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 30.1 Nombre de la vivienda [Redacted] 30.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 30.3 [Redacted]  
30.4 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 30.5 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 30.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 30.7 Código Postal [Redacted]  
30.8 Localidad [Redacted] 30.9 Municipio o delegación [Redacted] 30.10 Entidad federativa [Redacted]

DATOS DEL CERTIFICANTE

31. NOMBRE [Redacted] Dr. [Redacted]

32. CERTIFICADO POR Médico  1 Médico pediatra  2 Gineco-obstetra  7 Otro médico\*  6 Enfermera  3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud\*  4 Partera  5 Autoridad civil  8 \*Especifique [Redacted]

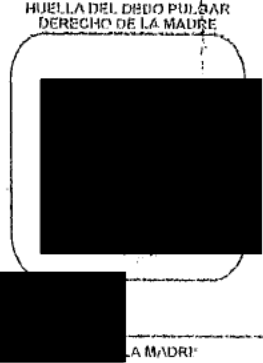
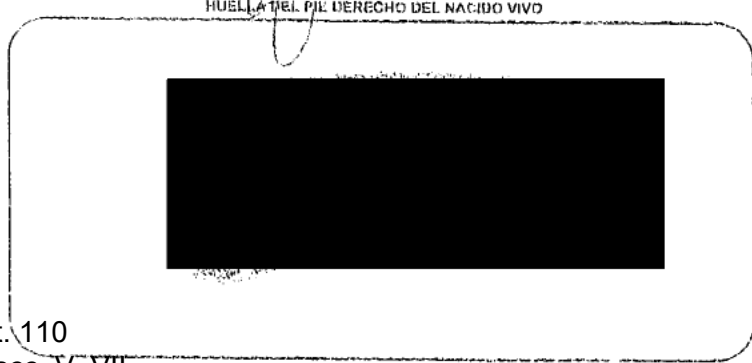
33. SI [Redacted] 34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONÓ EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA [Redacted]

34.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 34.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

35. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] Colima

35.1 Tipo de vivienda [Redacted] 35.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 35.3 Núm. Exterior [Redacted] 35.4 Núm. Interior [Redacted]  
35.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 35.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 35.7 Código Postal [Redacted]  
35.8 Localidad [Redacted] 35.9 Municipio o delegación [Redacted] 35.10 Entidad federativa [Redacted] 35.11 Teléfono [Redacted]

36. FIRMA [Redacted] 37. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] 11/03



Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
UNIDAD MÉDICA CERTIFICANTE  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

ENTREGAR A LA MADRE PARA EL TRÁNSITO DEL ACTA DE NACIMIENTO EN LA ORIGINAL DEL REGISTRO CIVIL



Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Junio del 2017.

Se autoriza al C. Fernandes cristo Rey con domicilio Aldama #26 tel. no. 33-2-3540 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.  
YOTZINAPA

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

43

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Junio del 2017.

Se autoriza al HELEEN O RUEDA MARON con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #48 tel. no. 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
IGUALA 2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECTOR DE PANTEONES.**  
[REDACTED]

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

€2017€

GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCAL PARA EL CASO  
YCTZINAPA

“ JULIO ”

475

recibi  
13-Nov-2017  
Nort

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 02 de Julio 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 26 AL 02 DE Julio

 ATENTAMENTE

[REDACTED]

ERACIO [REDACTED]  
DIAL DE INVESTIGACIÓN  
ADMINISTRADOR  
IÓN PARA EL CASO  
TOTZINAPA



477



# DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 5 del mes Julio del 2017.

Se autoriza al c. MELLEN O. RUIZ Mazon con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #48 tel. no. 3322595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de JRA. [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en éstas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

DIRECTOR DE PANTEONES.

AYOTZINAPPA

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 8 del mes Julio del 2017.

Se autoriza al C. Fernandes Gutierrez P con domicilio Carretera Mexico - Tepic y Taciticos tel. no. 33-2-10-34 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[Redacted Signature Area]

ATENTAMENTE  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
[Redacted Name]  
DIRECTOR DE PANTEONES.  
YOTZINAPA

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

Recibi  
13-Nov-2017

479

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 16 de Julio 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	10/07/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Bueda
[Redacted]	13/07/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Bueda

SEMANA DEL 10 AL 16 DE Julio

ATENTAMENTE  
[Redacted Signature]

ADMINISTRADOR  
GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
POLICIA PARA EL CASO  
YOTZINAPA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

480



OFICIALIA 01  
LIBRO 04

FECHA DE REGISTRO

LOCALIDAD IGUALA  
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER   
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA  
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
DOMICILIO HABITUAL: CALLE TIERRA Y LIBERTAD SIN COL. AMPL. GENARO VAZQUEZ ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA  
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA  
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 01:00  
LUGAR: HOGAR DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  CERTIFICADO NO.: 170288077

UBICACION: TERCERA SECCION, LOTE 314 DONDE FALLECIO: [REDACTED] GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]  
TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]  
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: CARR. FED. MEXICO-ACAPULCO, KM. 128+200 IGUALA, GUERRERO.

DECLARANTE  
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]  
DOMICILIO: [REDACTED] TEMIXCO, MORELOS OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS  
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO  
DOMICILIO: [REDACTED] ENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO  
DOMICILIO: [REDACTED] A, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA DE DEFUNCION SE LEYÓ EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL EN IGUALA, GUERRERO, 9 DE JULIO DE 2017  
FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
DE LA INDEPENDENCIA, GRO  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

GUERRERO  
HOGAR  
GUERRERO  
HOGAR

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

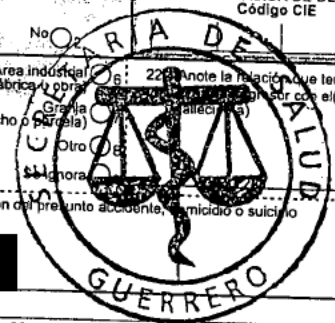
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

181

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <span style="float: right;">Nombre(s) <input type="text"/></span> <span style="float: right;">Primer Apellido <input type="text"/></span> <span style="float: right;">Segundo Apellido <input type="text"/></span>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <input type="text"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique <input type="text"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <input type="text"/> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/> 8.2 Semanas de gestación: <input type="text"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>CALLE</b> 10.1 Tipo de vivienda <input type="text"/> 10.2 Nombre de la vivienda <input type="text"/>	
10.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 10.4 Núm. Interior <input type="text"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/> 10.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>	
10.7 Código Postal <input type="text"/> 10.8 Localidad <input type="text"/> 10.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <b>GUERRERO</b>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/>	
14.2 Dirección <input type="text"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>CALLE</b> 15.1 Tipo de vivienda <input type="text"/> 15.2 Nombre de la vivienda <input type="text"/>	
15.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 15.4 Núm. Interior <input type="text"/> 15.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/> 15.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>	
15.7 Código Postal <input type="text"/> 15.8 Localidad <input type="text"/> 15.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 15.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/>	
b) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/>	
c) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/>	
d) <input type="text"/>	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número <input type="text"/>	
22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <b>CARPETA DE INVESTIGACIÓN:</b> <input type="text"/>	
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió el presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="text"/>	
22.7.1 Tipo de vivienda <input type="text"/> 22.7.2 Nombre de la vivienda <input type="text"/>	
22.7.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <input type="text"/>	
22.7.7 Código Postal <input type="text"/> 22.7.8 Localidad <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 22.7.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b>	
23. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>	
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) <input type="text"/>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre <input type="text"/> Número de la cédula profesional <input type="text"/>	
27. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>	
28. FIRMA <input type="text"/>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <input type="text"/> 29.2 Nombre de la vivienda <input type="text"/>	
29.3 Núm. Exterior <input type="text"/> 29.4 Núm. Interior <input type="text"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano <input type="text"/> 29.6 Localidad <input type="text"/>	
29.7 Código Postal <input type="text"/> 29.8 Localidad <input type="text"/> 29.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 29.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <input type="text"/> 32.2 Municipio o delegación <input type="text"/> 32.3 Entidad federativa <input type="text"/> 32.4 Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	



Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.  
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 9086

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (9) NUEVE DIA(S) DEL MES DE  
JULIO DEL DOS MIL DIECISIETE

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
P R E S E N T E.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA  
PERSONA DEL SEXO MASCULINO,. QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]  
[REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]  
[REDACTED] EN ESTA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

PADRES: [REDACTED] (FINADO) Y [REDACTED]  
(VIVE).

NACIONALIDAD [REDACTED]

ESTADO CIVIL [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED] GUERRERO.

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]  
[REDACTED] PARA EL CASO

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED] LA COLONIA [REDACTED]  
[REDACTED] EN ESTA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,  
GUERRERO.

\*38V1748V2017L3913414N2017\*

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN





FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.  
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 9086

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (9) NUEVE DIA(S) DEL MES DE  
JULIO DEL DOS MIL DIECISIETE

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: PANTEON MUNICIPAL DE ESTA CIUDAD DE IGUALA DE LA  
INDEPENDENCIA, GUERRERO.

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES  
CORRESPONDIENTES A QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE  
LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2  
DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO.

[REDACTED]



\*38V1748V2017L3913414N2017\*  
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

contenido municipal

484



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 07:00	
LUGAR: ISSSTE	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL	
UBICACION: TERCERA SECCION LOTE 438	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: [REDACTED], GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED], IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED], IGUALA, GRO.	OCUPACION: [REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED], LA, GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADA	
LA PRESENTE ACTA EN LAS CONDICIONES SIGUIENTES ON PARA EL CASO PRESENTA REQUISITOS STZINAPA		

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED]      DECLARANTE [REDACTED]      TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

H. AYUNTAMIENTO  
SELLO DE AUTENTICACION  
DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

GUERRERO  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SECRETARÍA DE INTERIORES



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016  
FOLIO

485

REGRESA EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
	2. CORP		3. SEXO	
	6. PESO		4. NACIONALIDAD	
	7. TALLA		8. FECHA DE DEFUNCIÓN	
	9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL	
	11. Calle y número		11.3 Localidad	
	12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad	
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número		23.6 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
	23.7 Sólo en caso de accidente, describe brevemente el caso		23.8 Descripción breve de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
	23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	
	23.7.3 Localidad		23.7.4 Municipio o delegación	
	23.7.5 Entidad federativa		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
28. NOMBRE		29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO		31. FIRMA		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
DEL REG. CIVIL	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.4 Día Mes Año	
	34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación	
	34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



recibi  
3-Nov-2017  
Naut 4

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 23 de Julio 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	22/07/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Fosa comun

SEMANA DEL 17 AL 23 DE Julio

ATENTAMENTE

[REDACTED]

[REDACTED]

C. D. [REDACTED]

SECRETARÍA DE INVESTIGACION

CIÓN PARA EL ADMINISTRADOR

YCTZINAPA

487

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO  
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.  
2015 - 2018

**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

*"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"*

Iguala Gro, a 02 agosto de 2017

Se autoriza a la [redacted] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] en la primera ampliación segunda sección del Panteón Municipal. (el día 22 de julio 2017)



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA

ATENTAMENTE  
[redacted]  
DIRECCIÓN DE PANTEONES.



REAL DE LA REPUBLICA  
AL DE INVESTIGACIÓN  
PARA EL CASO  
OTZINAPA



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.  
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 9706

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (21) VEINTIUNO DIA(S) DEL MES DE  
JULIO DEL DOS MIL DIECISIETE

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
P R E S E N T E.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA  
PERSONA DEL SEXO MASCULINO QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]  
DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: NINGUNA [REDACTED]

DOMICILIO: NINGUNO [REDACTED]

PADRES: [REDACTED] (FINADA) Y [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED] LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED] TRAMO IGUALA-  
MEZCALA, A LA ALTURA DE LA POB [REDACTED] MUNICIPIO DE ESTA  
CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

[REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: DR [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: PANTEON MUNICIPAL DE ESTA CIUDAD DE IGUALA DE LA  
INDEPENDENCIA, GUERRERO.

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A  
QUE HAYA LUGAR.



ATENTAMENTE  
LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2

[REDACTED]  
ZONA NORTE  
DISTRITO JUD. DE HIDALGO

\*38V1883V2017L3928126N2017\*  
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

489

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO GUERRERO

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana  Otra  Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Dias [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL En unión libre  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda NINGUNO 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Código Postal [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Localidad [Redacted] 10.8 Municipio o delegación [Redacted] 10.9 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta  Se ignora  12. OCUPACIÓN [Redacted] Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora  13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud [Redacted] 14.3 Tipo de habitación [Redacted] 14.4 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 14.5 Localidad [Redacted] 14.6 Municipio o delegación [Redacted] 14.7 Entidad federativa [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Código Postal [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Localidad [Redacted] 15.8 Municipio o delegación [Redacted] 15.9 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA DE DEFUNCIÓN Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  No  Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I  
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]

PARTE II  
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  43 días a 11 meses después del parto o aborto  El parto  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses anteriores a la muerte  El puerperio  Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  No  21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  No  21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora  22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  No  Se ignora  22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Escuela u oficina pública  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Área industrial (taller, fábrica u obra)  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora  22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Código Postal [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Localidad [Redacted] 22.7.8 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.9 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE [Redacted] 23.1 Tipo de vivienda [Redacted] 23.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 23.3 Núm. Exterior [Redacted] 23.4 Núm. Interior [Redacted] 23.5 Código Postal [Redacted] 23.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 23.7 Localidad [Redacted] 23.8 Municipio o delegación [Redacted] 23.9 Entidad federativa [Redacted]

24. PARENTESCO DEL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 26.1 Nombre [Redacted] 26.2 Número de la cédula profesional [Redacted] 26.3 Firma [Redacted]

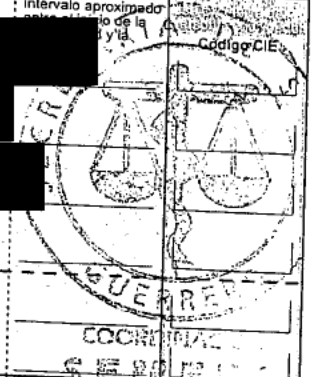
27. NOMBRE [Redacted] 27.1 Tipo de vivienda [Redacted] 27.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 27.3 Núm. Exterior [Redacted] 27.4 Núm. Interior [Redacted] 27.5 Código Postal [Redacted] 27.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 27.7 Localidad [Redacted] 27.8 Municipio o delegación [Redacted] 27.9 Entidad federativa [Redacted]

28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Código Postal [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Localidad [Redacted] 29.8 Municipio o delegación [Redacted] 29.9 Entidad federativa [Redacted]

30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]

31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad [Redacted] 31.2 Municipio o delegación [Redacted] 31.3 Entidad federativa [Redacted] 31.4 Día [Redacted] 31.5 Mes [Redacted] 31.6 Año [Redacted]



170288088

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

490



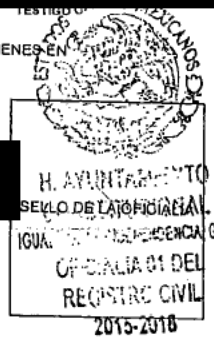
OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
	AÑOS MESES DIAS HORAS	
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL: SOLTERO	
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 00:00	
LUGAR: VIA PUBLICA	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	MUNICIPAL
UBICACION: PRIMERA AMPLIACION, SEGUNDA SECCION	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO: MEZCALA		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A)		
B) B)		
C) C)		
TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO: CARR. FED. MEXICO-ACAPULCO. IGUALA, GUERRERO.		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: ALA, GRO.	OCUPACION: ESTUDIANTE	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: B. LAS PALOMAS. IGUALA, GRO.	OCUPACION: EMPLEADO	
LA PRESENTE ACTA TIENE MEXICANAS INVESTIGACIONES FISCALIA GENERAL DEL ESTADO INTEGRAL 2. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380401187200717. OFICIO NUM: 9700. PARA EL REGISTRO CIVIL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 21 DE JULIO DEL 2017.		

GUERRERO  
LOS NECESITA  
TODOS  
GRATIFICACION

FIRMAS  
[Redacted Signature] [Redacted Signature] [Redacted Signature]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. [Redacted]



Art. 110  
Frac. V. VI

Art. 113  
Frac. V

LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

Recibi  
13-Nov-2017  
Naty

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 30 de Julio 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	25/07/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda
[REDACTED]	26/07/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda

SEMANA DEL 24 AL 30 DE Julio



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]

ADMINISTRADOR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

492



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO	
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL: SOLTERO	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 06:00	
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	MUNICIPAL
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A)		
B)		
C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	IGUALA, GUERRERO.	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS DE INVESTIGACION  
CON PARA EL CASO  
OTZINABA

FIRMAS  
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [Redacted]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

CIDEF... I U

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

493

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <span style="float: right;">[Redacted]</span>			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>QUERREZO</b>			
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
[Redacted]		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA			
Para menores de una hora		Para menores de un día	
Minutos		Horas	
Para menores de un mes		Para menores de un año	
Días		Meses	
Para personas de un año o más [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9			
9. ESTADO CONYUGAL			
En unión libre <input type="radio"/> 4		Separado(a) <input type="radio"/> 6	
Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Viudo(a) <input type="radio"/> 2	
Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1		Casado(a) <input type="radio"/> 5	
Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>CALLE</b>			
de vitalidad [Redacted]		de vitalidad [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior		10.2 Nombre de la vitalidad	
[Redacted]		<b>QUERREZOS DEL SUR</b>	
10.4 Núm. Interior		10.6 Nombre del asentamiento humano	
[Redacted]		<b>IBUACA</b>	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
[Redacted]		<b>IBUACA</b>	
[Redacted]		10.9 Municipio o delegación	
[Redacted]		<b>QUERREZO</b>	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8			
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			
Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			
14.1 Nombre de la unidad médica			
[Redacted]			
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
[Redacted]			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
CALLE			
de vitalidad [Redacted]		de vitalidad [Redacted]	
15.1 Tipo de vitalidad		[Redacted]	
15.2 Nombre del asentamiento humano		[Redacted]	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
[Redacted]		[Redacted]	
15.5 Tipo de asentamiento humano		[Redacted]	
15.6 Nombre del asentamiento humano		[Redacted]	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
[Redacted]		<b>IBUACA</b>	
[Redacted]		15.9 Municipio o delegación	
[Redacted]		<b>IBUACA</b>	
[Redacted]		15.10 Entidad federativa	
[Redacted]		<b>QUERREZO</b>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted]			
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]			
Código CIE [Redacted]			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE 10 A 44 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, SE REGISTRARÁ EN EL REGISTRO DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS			
22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
22.6 Anote la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7.1 Tipo de vitalidad		22.7.2 Nombre de la vitalidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
[Redacted]		<b>IBUACA</b>	
[Redacted]		22.7.9 Municipio o delegación	
[Redacted]		<b>IBUACA</b>	
[Redacted]		22.7.10 Entidad federativa	
[Redacted]		<b>QUERREZO</b>	
23. NOMBRE DEL INF. [Redacted]			
24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]			
25. CERTIFICADA POR			
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 9			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
[Redacted]			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE			
[Redacted]			
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE			
[Redacted]			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE			
29.1 Domicilio		29.2 Nombre de la vitalidad	
[Redacted]		[Redacted]	
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
[Redacted]		[Redacted]	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
[Redacted]		<b>IBUACA</b>	
29.7 Municipio o delegación		29.8 Localidad	
[Redacted]		<b>QUERREZO</b>	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	
[Redacted]		<b>QUERREZO</b>	
30. FECHA DE REGISTRO			
[Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
31.1 Acta Núm.		31.2 Lugar y fecha de registro	
[Redacted]		31.3 Localidad	
[Redacted]		[Redacted]	
[Redacted]		31.4 Municipio o delegación	
[Redacted]		[Redacted]	
[Redacted]		31.5 Entidad federativa	
[Redacted]		[Redacted]	
[Redacted]		31.6 Día	
[Redacted]		[Redacted]	
[Redacted]		31.7 Mes	
[Redacted]		[Redacted]	
[Redacted]		31.8 Año	
[Redacted]		[Redacted]	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 113  
 Fracc. I  
 LFTAIP  
 Motivación 2





# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

499

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora  4. ENTIDAD DE NACIMIENTO GUERRERO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] Se ignora  6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si  No  Se ignora  7. NACIONALIDAD Mexicana  Otra  Se ignora  Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Se ignora  En unión libre  Divorciado(a)  Soltero(a)

10. RESIDENCIA HABITUAL permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad S/N COLONIA CENTRO 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano IQUALA IQUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora  Completa  Incompleta  12.1 Trabajaba Si  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  Se ignora  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública  Otro lugar  Hogar  Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 89 S/N CALLE COLONIA 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano IQUALA IQUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa

16. FECHA DE DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si  No  Se ignora  18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 AÑOS Código CIE [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

[Redacted] TIPO II 5 AÑOS

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  43 días a 11 meses después del parto o aborto  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si  No  21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora  22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si  No  Se ignora  22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular  Área deportiva (taller, fábrica u obra)  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Calle o carretera (vía pública)  Escuela u oficina pública  Área comercial o de servicio  Se ignora  22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro  Especifique [Redacted] 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE CARRETERA NACIONAL COLONIA CENTRO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano IQUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. [Redacted] Libro Num. [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año [Redacted]

LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

# PANTEON MUNICIPAL

# PRIMERA

• AMPLIACION

•  €2017€

GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
POLICIA PARA EL CASO  
YOTZINAPA

• "AGOSTO"

Recibido  
13-Nov-2017  
Neta

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 06 de Agosto 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	04/08/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Celestial

SEMANA DEL 31 AL 06 DE Agosto



ATENTAMENTE  
GENERAL DE LA REPUBLICA  
PECIAL [REDACTED]  
ACION PARA EL CASO  
AYOTZIN [REDACTED]

ADMINISTRADOR

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

497

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día _____ Mes _____ Año _____	<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> GUERRERO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
<b>5. CURP</b> _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora _____ Minutos _____ Para menores de un día _____ Horas _____ Para menores de un mes _____ Días _____ Para menores de un año _____ Meses _____ Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
<b>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</b> _____ <b>8.2 Semanas de gestación:</b> _____	<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vuelto(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>CALLE _____</b> <b>10.1 Tipo de localidad</b> _____ <b>10.2 Nombre de la localidad</b> _____ <b>10.3 Tipo de asentamiento humano</b> _____ <b>10.6 Nombre del asentamiento humano</b> _____ <b>10.7 Código Postal</b> _____ <b>10.8 Localidad</b> IGUALA DE LA INDEPENDENCIA <b>10.9 Municipio o delegación</b> GUERRERO <b>10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)</b> _____		
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	<b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 <b>12.1 Trabajaba</b> Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 6 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	<b>13.1 Número de seguridad social o afiliación:</b> _____	
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 4 <b>14.1 Nombre de la unidad médica</b> _____ <b>Via pública</b> <input type="radio"/> 10 <b>Otro lugar</b> <input type="radio"/> 12 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 <b>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</b> _____ <b>Hogar</b> <input type="radio"/> 11 <b>Se ignora</b> <input type="radio"/> 99		
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <b>15.1 Tipo de localidad:</b> _____ <b>15.2 Nombre de la localidad:</b> IGUALA TAXCO No. 96 <b>15.3 Núm. Exterior</b> _____ <b>15.4 Núm. Interior</b> _____ <b>15.5 Tipo de asentamiento humano</b> _____ <b>15.6 Nombre del asentamiento humano</b> _____ <b>15.7 Código Postal</b> _____ <b>15.8 Localidad</b> IGUALA DE LA INDEPENDENCIA <b>15.9 Municipio o delegación</b> GUERRERO <b>15.10 Entidad federativa</b> _____		
<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anoto una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		<b>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</b> 30 AÑOS 1 DIA 4 HRS.
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE _____
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
<b>22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</b> _____		
<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b> _____ <b>22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> _____		
<b>22.7 Anoto el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio.</b> _____ <b>22.7.1 Tipo de localidad:</b> _____ <b>22.7.2 Nombre de la localidad:</b> _____ <b>22.7.3 Núm. Exterior</b> _____ <b>22.7.4 Núm. Interior</b> _____ <b>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</b> _____ <b>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</b> _____ <b>22.7.7 Código Postal</b> _____ <b>22.7.8 Localidad</b> _____ <b>22.7.9 Municipio o delegación</b> _____ <b>22.7.10 Entidad federativa</b> _____		
<b>23. NOMBRE</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		<b>24. PAÍS Y EL(LA) FALLECIDO(A)</b> _____
<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique _____		<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional _____
<b>27. NOMBRE</b> _____		<b>28. FIRMADO</b> _____
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> <b>29.1 Tipo de localidad:</b> _____ <b>29.2 Nombre de la localidad:</b> IGUALA <b>29.3 Núm. Exterior</b> _____ <b>29.4 Núm. Interior</b> _____ <b>29.5 Tipo de asentamiento humano</b> _____ <b>29.6 Nombre del asentamiento humano</b> _____ <b>29.7 Código Postal</b> _____ <b>29.8 Localidad:</b> IGUALA <b>29.9 Municipio o delegación</b> IGUALA DE LA INDEPENDENCIA <b>29.10 Entidad federativa</b> GUERRERO <b>29.11 Teléfono</b> _____		
<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> Día _____ Mes _____ Año _____		<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA</b> REPUBLICA JUZGADO Fracc. V, VII Libro Núm. _____
<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> <b>32.1 Localidad</b> _____ <b>32.2 Municipio o delegación</b> _____ <b>32.3 Entidad federativa</b> _____ <b>32.4 Día</b> _____ <b>32.5 Mes</b> _____ <b>32.6 Año</b> _____		<b>Art. 113</b> <b>Fracc. I</b> <b>LEFAP</b>

Motivación 1

Motivación 2

ccibi  
0-Nov-2017  
Nat4

498

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 13 de Agosto 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	11/08/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Rueda
[Redacted]	13/08/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales celestial

SEMANA DEL 07 AL 13 DE Agosto



ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
[Redacted Name]  
[Redacted Title]  
YOT ADMINISTRADOR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

499



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: ESTADO CIVIL:

IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: HORA: 15:50

LUGAR: INSERTE CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: ORDEN NO.:

DONDE FALLECIO: CENTRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) B) C) C)

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO: IA CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HERMANO

DOMICILIO: IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS

SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL  
FIRMAS  
COMISION PARA EL CASO  
TIZINABA

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N.º DEL REGISTRO CIVIL  
FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SELLO DE LA OFICIALIA  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

GUERRERO  
NO NECESITA POCOS  
CIRRENTON 10



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Mexico 2017  
FOLIO 500

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,  
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b>	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="checkbox"/> Minutos Para menores de un día: <input type="checkbox"/> Horas Para menores de un mes: <input type="checkbox"/> Días Para menores de un año: <input type="checkbox"/> Meses Para personas de un año o más: <input type="checkbox"/> Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Vuelto(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (e)		10.1 Tipo de vialidad <b>COLONIA</b>		10.2 Nombre de la vialidad <b>CENTRO</b>	
10.3 Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA</b>		10.7 Código Postal	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es		11.2 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		12.1 Trabajo	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 <b>CLINICA HOSPITAL ISSSTE</b> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad <b>BOULEVARD</b>		15.2 Nombre de la vialidad <b>COLONIA</b>		15.3 Interior	
15.4 Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA</b>		15.7 Código Postal	
16. <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año		16.1 Hora <input type="checkbox"/> Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses antes de la muerte <input type="checkbox"/> 4 No <input checked="" type="checkbox"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su profesión? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área de servicio público <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(ta) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 ¿Ocurrió en una institución o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio?	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
23.1 Nombre(s)		23.2 Primer Apellido		23.3 Segundo Apellido		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FOLIO		29. DOMICILIO y TELÉFONO	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año		31.1 Año Núm.	

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**ESTADO DE GUERRERO**  
**IGUALA**  
**PARA EL CASO**  
**TZINAGA**

Art. 113 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 2

SOL

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0268

Iguala de la independencia, Gro., a 13 del mes AGOSTO del 2017.

Se autoriza al C. FUNERALES CELESTIAL con domicilio AV. BANDERA NACIONAL # 82 tel. no. 1102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de SRA [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

*[Handwritten signature]*  
C. ENRIQUE GONZALEZ  
DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FIDUCIARIAS  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES Y FIDUCIARIAS  
SECRETARÍA DE FISCALÍA  
SECRETARÍA DE DEFENSA Y PROTECCIÓN DEL CASO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



2017  
3-Nov-2017  
Naty

502

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 20 de Agosto 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	14/08/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales San Pablo
[REDACTED]	15/08/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	16/08/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales D' Dios
[REDACTED]		[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		

SEMANA DEL 14 AL 20 DE Agosto



ATENTAMENTE

[REDACTED]

SECRETARÍA  
GENERAL DE INVESTIGACIÓN  
ADMINISTRATIVA  
YOTZINAPA



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

503

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO GUERRERO
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		
10.1 Tipo de vitalidad CENTRO		10.2 Nombre de la vitalidad _____
10.3 Núm. Exterior _____	10.4 Núm. Interior _____	10.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA
10.7 Código Postal _____	10.8 Localidad _____	10.9 Municipio o delegación _____
10.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO		
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN Se ignora <input type="radio"/>
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		
14.1 Nombre de la unidad médica _____		Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUIES) _____		Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		
15.1 Tipo de vitalidad _____		15.2 Nombre de la vitalidad _____
15.3 Núm. Exterior _____	15.4 Núm. Interior _____	15.5 Tipo de asentamiento humano CENTRO
15.7 Código Postal _____	15.8 Localidad _____	15.9 Municipio o delegación IGUALA
15.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO		
15.10 Entidad federativa _____		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
a) _____		2 DÍAS
b) _____		3 MIN
c) _____		10 DÍAS
d) _____		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		22.6 Descripción detallada de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		
22.7.1 Tipo de vitalidad CENTRO		22.7.2 Nombre de la vitalidad _____
22.7.3 Núm. Exterior _____	22.7.4 Núm. Interior _____	22.7.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA
22.7.7 Código Postal _____	22.7.8 Localidad _____	22.7.9 Municipio o delegación _____
22.7.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO		
22.7.10 Entidad federativa _____		
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
28. FIRM _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO
29.1 Tipo de vitalidad _____		29.2 Nombre de la vitalidad CENTRO
29.3 Núm. Exterior _____	29.4 Núm. Interior _____	29.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA
29.6 Nombre del asentamiento humano IGUALA	29.7 Código Postal _____	29.8 Localidad _____
29.9 Municipio o delegación IGUALA	29.10 Entidad federativa GUERRERO	29.11 Teléfono _____
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
32.1 Localidad IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		32.2 Municipio o delegación GUERRERO
32.3 Entidad federativa _____	32.4 Día _____	32.5 Mes _____
32.6 Año _____	32.7 _____	32.8 _____

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

504



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO 05		
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	LOCALIDAD IGUALA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:		
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 10:42	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE:		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION:	

LA PRESENTE ACTA TIENE LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUERIDO

AL LA REPUBLICA  
DE INVESTIGACION  
PARA EL CASO

FIRMAS

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [REDACTED] FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SELLO DE LA OFICIALIA  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

GUERRERO  
REGISTRO CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

Table with columns: OFICIALÍA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO. Includes fields for LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO.

DATOS DEL FINADO

Form fields for deceased: NOMBRE, SEXO (MASCULINO/FEMENINO), EDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, NOMBRE DEL CÓNYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NACIONALIDAD, NOMBRE DE LA MADRE, NACIONALIDAD.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form fields for death: FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN, LUGAR, No. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADÁVER (INHUMACIÓN/CREMACIÓN), NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATÓRIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN, NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN, No. DE CÉDULA PROFESIONAL.

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form fields for witness: NOMBRE, NACIONALIDAD (MEXICANA), PARENTESCO, EDAD.

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGLADAS. Includes stamp: GENERAL DE LA REPÚBLICA, JEFATURA DE INVESTIGACIÓN.

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN PARA EL CASO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN IGUALA, GUERRERO, A LOS 14 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2017, DOY FE. Includes stamp: H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL, 2015-2018.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MUJER 2011  
FOLIO

5061

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEALES SON DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora  4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No  Sí  Se ignora  7. NACIONALIDAD Mexicana  Se ignora  Otra  Especifique

8. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  En unión libre  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) calle [Redacted] colonia [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad Centro

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano buca 10.6 Nombre del asentamiento humano Guerrero

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación buca 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Guerrero

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta  Se ignora  12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora  12.1 Trabajaba Sí  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora  13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  Hospital General Guadalupe Victoria Aranda 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Tipo de unidad médica [Redacted] 14.4 Hogar  Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad Colonia 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano buca 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación buca 15.10 Entidad federativa Guerrero

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  No  Se ignora  18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
a) [Redacted]	6 horas	[Redacted]
b) [Redacted]	12 horas	[Redacted]
c) [Redacted]	2 años	[Redacted]
[Redacted]	2 años	[Redacted]

PARTE II  
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante El embarazo  El parto  El puerperio  21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  No  21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  No  20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESTE CERTIFICADO DEBE SER INVESTIGADO POR EL SERVICIO DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO YCTZINAPA

22.1 Fue un presunto Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora  22.2 ¿Ocurrió en el momento de su trabajo? Sí  No  Se ignora  22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial (taller, fábrica u obra)  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora  22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE DEL INFANTE [Redacted] (LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro  Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida [Redacted] 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa Guerrero 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

4/06/17

Motivación 1

LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

507



OFICIALIA 01

LOCALIDAD IGUALA  
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

SEXO: HOMBRE  MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 16:00

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] COLON [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [REDACTED]  
B) B) [REDACTED] CEREBRAL ANTERIOR  
C) C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 1016438

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS DECLARACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITO

GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
POLICIA PARA EL CASO  
TIZNAPA

FIRMAS

[REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



GUERRERO  
10003

GRANITO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO  
REGISTRO CIVIL

FOLIO A [REDACTED] 508

ACTA DE DEFUNCIÓN

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION  
RAMI451105MCSMGS00

OFICIALIA No.	LIBRO No.	ACTA No.	MUNICIPIO	FECHA DE REGISTRO		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DIA	MES	AÑO
LOCALIDAD				[REDACTED]		
FUENTES DE ARAGON				[REDACTED]		

FINADO(A)

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] NOMBRE (S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED] FOLIO DEL CERT. DE DEFUNCION: [REDACTED] ORDEN N.º [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] ECATEPEC DE MORELOS, MEXICO

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

DECLARANTE

DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION

NOMBRE: DR. [REDACTED] NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] LAZARO CARDENAS, TLALNEPANTLA DE BAZ, MEXICO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: AV. [REDACTED] ECATEPEC DE MORELOS, MEXICO

FIRMA [REDACTED]

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

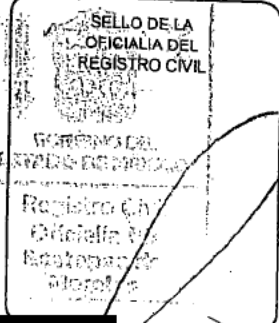
CIÓN PARA EL CASO

SE LE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN O SUPIERON HACERLO, Y QUIENES NO, IMPRIMEN SU FUELLA DIGITAL. DOY FE.

EL (LA) C, OFICIAL 09 DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE [REDACTED]

FIRMA [REDACTED]



21503300092017009320

LA PRESENTE ACTA CONTIENE LAS

[REDACTED]



SECRETARÍA DE SALUD  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

509

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer apellido [Redacted] Segundo apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Año [Redacted] 3. SEXO Hombre  1 Mujer  2 Se ignora  9 4. Ciudad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI  1 No  2 Se ignora  9 7. NACIONALIDAD Mexicana  1 Se ignora  9

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora  9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL En unión libre  4 Separado(a)  6 Viudo(a)  2 Casado(a)  5 Divorciado(a)  3 Soltero(a)  1 Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna  1 Preescolar  12 Primaria  3 Secundaria  5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1 Incompleta  2 12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora  99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  1 ISSSTE  3 SEDENA  5 Seguro Popular  7 Otra  6 IMSS  2 PEMEX  4 SEMAR  6 IMSS PRÓSPERA  10 Se ignora  99 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  1 IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Tipo de unidad médica: UH pública  10 UH privada  12 14.4 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.5 Hogar  11 Se ignora  99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  1 No  2 Se ignora  9 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI  1 No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: parú, caldado, asfénia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 15 minutos. Código CIE [Redacted]

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. [Redacted] 40 años. Código CIE [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. [Redacted] 40 años. Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 40 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1 El parto  2 El puerperio  3 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  1 No  2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  1 No  2 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES DESCRIBIÓ LA SITUACIÓN PARA EL CASO? 22.1 Fue un presunto: Accidente  1 Homicidio  2 Suicidio  3 Se ignora  9 22.2 Ocurrió en el desempeño de: Vivienda particular  0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1 Escuela u oficina pública  2 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área deportiva  3 Calle o carretera (vía pública)  4 Área comercial o de servicio  5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra)  6 Granja (rancho o parcela)  7 Otro  8 Se ignora  9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  1 Médico legista  2 Otro médico  3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Autoridad civil  5 Otro  6 Especifique [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle [Redacted] 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]

30. [Redacted] 31. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Motivación 1

Motivación 2





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

G S10

GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA  
**ENGRANDE**

DGR 000000

Núm. de ID. [REDACTED]

ORDEN DE INHUMACIÓN

OFICIALÍA Núm. [REDACTED]	LOCALIDAD [REDACTED]	MUNICIPIO [REDACTED]	FECHA DE EXPEDICIÓN		
			DÍA	MES	AÑO
ORDEN DE: INHUMACIÓN <input type="radio"/>			INCINERACIÓN <input checked="" type="radio"/>		
			Núm. [REDACTED]		

C. ENCARGADO DEL PANTEÓN  
JARDÍN GUADALUPANO EN  
ECATEPEC DE MORELOS, MEXICO  
PRESENTE.

CON FUNDAMENTO EN LO ESTABLECIDO EN LA LEY GENERAL DE SALUD Y EN EL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, SÍRVASE PROCEDER A LA INCINERACION  
(inhumación o incineración)

DE QUIEN EN VIDA LLEVÓ EL NOMBRE DE [REDACTED]  
DE [REDACTED] AÑOS DE EDAD, QUIEN FALLECIERA EL [REDACTED] DE [REDACTED] DE [REDACTED] A  
LAS [REDACTED] HORAS, A CONSECUENCIA DE [REDACTED]

HABIENDO QUEDADO ASENTADA SU ACTA DE DEFUNCIÓN BAJO EL Núm. [REDACTED], DEL LIBRO Núm. [REDACTED]  
EN LA OFICIALÍA Núm. [REDACTED] DE [REDACTED] DE FECHA [REDACTED] DE AGOSTO  
DE 2009 DE LA REPUBLICA [REDACTED]  
CIA. DE INVESTIGACIÓN

CIÓN PARA EL CASO ATENTAMENTE  
VOTZINARA  
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN.  
EL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL Núm. 09  
DEL MUNICIPIO DE ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO

[REDACTED]  
NOMBRE FIRMA Y SELLO



Recibi  
13-NOV-2017  
Not9

S12

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 27 de Agosto 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	27/08/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Rueda
[REDACTED]	25/08/2017	
[REDACTED]		Fosa Común

SEMANA DEL 21 AL 27 DE Agosto

DE INVESTIGACIÓN  
PARA EL CASO  
EN LA ATENTAMENTE

[REDACTED]

C [REDACTED]

ADMINISTRADOR





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 01:10

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] D. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: SOBRINO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: PROFESOR

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] D. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] ON EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] TRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

GENERAL DE LA REPUBLICA  
SPECIAL DE INVESTIGACION  
ACION PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

SELO DE LA OFICINA  
W. AYOTZINAPA  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

GUERRERO NOS UNICEMOS A LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CIRCONFUNCIÓN



*"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"*

Iguala Gro, a 25 agosto de 2017

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera Ampliación del panteón Antiguo.

**ATENTAMENTE**  
[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
**DIRECCION DE PANTEONES.**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
- 2018  
CIA Y DESARROLLO



FEDERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FEDERAL PARA EL CASO  
YOTZINAPA

SF  
S17

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

• € 2017 €

AL DE LA REPUBLICA  
AL DE INVESTIGACION  
ON PARA EL CASO  
OTZINAPA

“SEPTIEMBRE”



Recibí  
13-Nov 2017  
Nat 9

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de septiembre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 28 DE 03 DE septiembre



ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
[Redacted Name]  
YOTZINAP ADMINISTRADOR

Recibido  
3-Nov-2017  
Naty

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"


## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 10 de septiembre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 04 AL 10 DE septiembre

  
 ATENTAMENTE  
 [Redacted Signature]  
 [Redacted Name]  
 GOBIERNO MUNICIPAL  
 AL DE ADMINISTRADOR  
 EN PARA EL CASO  
 TIZINAPA

Recibí  
13-10-2017  
Naty

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 17 de Septiembre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	11/09/2017	[Redacted]
[Redacted]		Fonerales Rueda
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]	17/09/2017	[Redacted]
[Redacted]		Fonerales unioleson

SEMANA DEL 11 AL 17 DE Septiembre



ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
GENERAL [Redacted]  
SPECIAL DE INVESTIGACION  
ACION PARA ADMINISTRADOR  
AYOTZINABA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

521



Ortando

OFICIALIA 01

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 07:50

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] RO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] DL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJA

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE VALOR Y EFECTOS SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA

SELO DE LA OFICIALIA

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

522

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) IGUALA GUERRERO	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____ Para menores de un día _____ Horas _____ Para menores de un mes _____ Días _____ Para menores de un año _____ Meses _____ Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL A _____ permanentemente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		11.2 Trabajo <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9		15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 años Código CIE _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 55 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. P. _____ CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 Médico GUERRERO Especifique _____ Número de la cédula profesional _____		26. SI EL CERTIFICADO ES DE UN MÉDICO GUERRERO, ANOTE EL NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL Y EL NOMBRE DEL MÉDICO GUERRERO _____ _____ 28. FIRMA _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle _____ 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 7/31/2019 29.11 Teléfono _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes Septiembre del 2017.

Se autoriza al C. Funerales Uriostegui con domicilio periferica Sur s/n tel. no. 3341728 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de 03 días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[Redacted]

GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FEDERAL PARA EL CASO  
OTZINAPA ATENTAMENTE  
MAYORALDEA DE IGUALA, GRO.  
PANTEONES  
[Redacted]

**DIRECTOR DE PANTEONES.**

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

Recibi  
Nati  
13-Nov-2017

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de Septiembre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	<u>20/09/2017</u>	[Redacted]
[Redacted]		<u>Funeriales Rueda</u>



SEMANA DEL 18 AL 24 DE Septiembre

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE ATENCIÓN PARA EL CIUDADANO  
ABOGADO GENERAL DE LA REPÚBLICA

[Redacted Signature]

ADMINISTRADOR

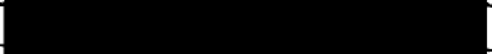


825

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes Septiembre del 2017.

Se autoriza al C. Hellen Rosela Mazón con domicilio Av. Bandera Nacional #48 tel. no. 33 26595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

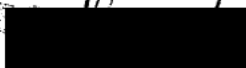
**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

FEDERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
ION PARA EL CASO  
TOTZINAPA



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**ATENTAMENTE**  
**PANTEONES**  
IGUALA 2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO  
  
**DIRECTOR DE PANTEONES.**

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



Recibí  
13-Nov-2017  
Naty

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 01 de Octubre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	29/09/2017	[Redacted]
[Redacted]		Fosa Común



ESTADO DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN

SEMANA DEL 25 DE NOVIEMBRE AL 01 DE octubre

AYUTZINAPA

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR

527



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº

W

Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes Septiembre del 2017.

Se autoriza al c. Hellen Q Rueda March con domicilio Benclero Nal. 7778 tel. no. 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábados, domingo y días festivos.

[REDACTED]

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
IGUALA DE IGUALA, GRO.  
DIRECCION DE PANTEONES  
2015  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

# PANTEON MUNICIPAL PRIMERA

• AMPLIACION

€ 2017€

GENERAL DE LA REPUBLICA  
CIAL DE INVESTIGACION  
CION PARA EL CASO  
YOTZINAPA

• "OCTUBRE"

Recibido  
13-Nov-2017  
Natt

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 08 de octubre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	08/10/2017	
[Redacted]		Fosa Común
[Redacted]	03/16/2017	[Redacted]
[Redacted]		

SEMANA DEL 02 AL 08 DE octubre



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
COMISIÓN PARA EL CASO  
[Redacted]


ADMINISTRADOR

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 03 octubre de 2017.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera ampliación del Panteón Antiguo.

ATENTAMENTE [REDACTED]  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



FEDERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCAL DE INVESTIGACIÓN  
NACIONAL PARA EL CASO  
YOTZINAPA





Recibi  
13-Nov-2017  
Nat4

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 15 de Octubre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	12/10/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funciales Bueda



SEMANA DEL 09 AL 15 DE Octubre

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
DEFENSA ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTRAME EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora  4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si  No  Se ignora  7. NACIONALIDAD Mexicana  Otra  Especifique [Redacted] Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  En unión libre  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad Colonia 10.2 Num. Exterior [Redacted] 10.3 Num. Interior [Redacted] 10.4 Num. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano Iguala 10.6 Localidad Iguala 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Nombre del asentamiento humano Iguala 10.9 Municipio o delegación Guerrero 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta  Se ignora  12. OC [Redacted] Se ignora  12.1 Trabajaba SI  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora  13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública  Hogar  Otro lugar  Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad Colonia 15.2 Num. Exterior [Redacted] 15.3 Num. Exterior [Redacted] 15.4 Num. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano Iguala 15.6 Nombre del asentamiento humano Iguala 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad Iguala 15.9 Municipio o delegación Guerrero 15.10 Entidad federativa

16. FECHA DE DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  No  Se ignora  18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años Código CIE [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo  El parto  El puerperio  43 días a 11 meses después del parto o aborto  No ocurrió en los últimos 11 meses previos a la muerte  21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  No  21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora  22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  No  Se ignora  22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Escuela u oficina pública  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Área industrial (taller, fábrica u obra)  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora  22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Num. Exterior [Redacted] 22.7.4 Num. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  Médico legista  Otro médico\*  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil\*  Otro\*  \*Especifique [Redacted] 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 10 Centro 29.2 Nombre de la vialidad Art. 113 29.3 Num. Exterior [Redacted] 29.4 Num. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Localidad [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Motivación 1 [Redacted] Motivación 2 [Redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN  
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

S35



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO

LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESSES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: 06:25

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATOARIO: [REDACTED] MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIÓ: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUERIMIENTO PARA EL CASO  
YOTZINAPA

FIRMAS  
DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018

Art. Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

INTERESADO

Art. Fracc. I LFTAIP Motivación 2

Recibi  
13-Nov-2017  
Xlati

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 22 de Octubre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	17/10/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Bueda
[Redacted]	18/10/2017	[Redacted]
[Redacted]		traslado
[Redacted]	19/10/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Gutierrez

SEMANA DEL 16 DE Octubre



ATENTAMENTE

[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]  
YOTZINABA ADMINISTRADOR



**H. Ayuntamiento Municipal Constitucional**

Chilpancingo de los Bravo, Gro.  
Gobierno de Participación Ciudadana 2015-2018  
Dirección y Oficialía 01 del Registro Civil

S37



Todos Somos  
Chilpancingo  
Gobierno de Participación Ciudadana 2015-2018

**PERMISO PARA TRASLADO  
DE CADAVER**

HACH-ORC-01-17102017

Chilpancingo de los Bravo, Gro. A 17 DE OCTUBRE 2017.

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Con fundamento en el Artículo 37 Fracción XXVI de la Ley del Registro Civil del Estado de Guerrero en vigor y toda vez que se ha cumplido con los requisitos que la materia exige, tengo a bien conceder al C. FUNERARIA CHILPANCINGO el permiso correspondiente para que realice el traslado de esta ciudad a IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. el cadáver que en vida respondió al nombre de: C. [REDACTED]

Lo que comunico a usted para su conocimiento y fines legales.

AL DE INVESTIGACION  
ON PARA EL CASO  
OTZINAPA

**ATENTAMENTE**

**EL DIRECTOR Y OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL 01**

LIC. [REDACTED]



538

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes Octubre del 2017.

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio Atlixmivao #29 tel. no. 243 03 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[Redacted]



GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIONES  
FEDERALES PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[Redacted Signature]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO Y COMO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL, CERTIFICO; QUE EN EL LIBRO NO. [REDACTED] DEL ARCHIVO GENERAL DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NO. [REDACTED] DE FECHA [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL RESIDENTE EN CHILPANCINGO DE LOS BRAVO

ACTA DE DEFUNCION

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

SEXO: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS -- MESES -- DIAS -- HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO [REDACTED] TRASLADO [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] GUERRERO

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 15:30

LUGAR: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO [REDACTED] CEDULA: [REDACTED] CERTIFICADO: [REDACTED]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

ANOTACIONES

CERTIFICADO DE DEFUNCION: ACTA DE NACIMIENTO DEL FINADO Y TESTIGOS.- CURP. CAP. SENP.

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 302 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN CHILPANCINGO, CHILPANCINGO DE LOS BRAVO, GO.

A 17 DE OCTUBRE DEL 2017, DOY FE EN LA OFICINA GENERAL DE LA REPUBLICA

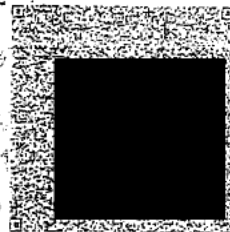
CIAL DE INVESTIGACION

DEL CASO COTEJO:

PATRICIA NAVA JERONIMO

[REDACTED]

NOMBRE Y FIRMA



[REDACTED]



S40

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes Octubre del 2017.

Se autoriza al C. Laura Elena Rueda Martinez con domicilio Altamirano #29 tel. no. 243 03 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]



ATENTAMENTE

AL DE LA REPUBLICA  
DE INVESTIGACIÓN

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



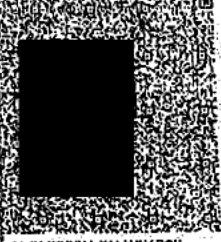
541

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD CHILPANCINGO
MUNICIPIO CHILPANCINGO DE LOS BRAVO		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
<b>FINADO</b>		
NOMBRE: _____		SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)		
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA _____ GUERRERO _____ MEXICO _____	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: _____	ESTADO CIVIL: _____	
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		
(LOCALIDAD) _____	(MUNICIPIO) _____	(ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____
NOMBRE DEL CONYUGE _____	NACIONALIDAD: _____	
NOMBRE DEL PADRE _____	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE _____	NACIONALIDAD: MEXICANA	
<b>FALLECIMIENTO</b>		
FECHA DE DEFUNCION: _____	HORA: _____	15:30
LUGAR: _____	CERTIFICADO NO.: _____	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____		
UBICACION: _____	ORDEN NO.: _____	
DONDE FALLECIO: _____ GRO.		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____		
B) _____		
C) _____		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____		
DOMICILIO: _____ RO.		
<b>DECLARANTE</b>		
NOMBRE: _____	EDAD: _____	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____	
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____	
<b>TESTIGOS</b>		
NOMBRE: _____	EDAD: _____	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____	
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____	
NOMBRE: _____	EDAD: _____	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____	
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
CERTIFICADO DE DEFUNCION.- ACTA DE NAC.-IDENTIFICACIONES DEL FINADO Y TESTIGOS.- CURP. CAP. BENP.

TESTIGO: \_\_\_\_\_ FIRMAS: \_\_\_\_\_  
TESTIGO: \_\_\_\_\_ DECLARANTE: \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



REGISTRO CIVIL  
SELLO DE LA OFICIALIA  
OFICIALIA 01  
CHILPANCINGO, GRO.

Art. 110  
Fracc. V, VI  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2



542

Nº

[Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Octubre del 2017.

Se autoriza al C. Funerales Gutierrez con domicilio Periferico y Carr. Mexico Acapulco Sn tel. no. 33-2-16-45 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

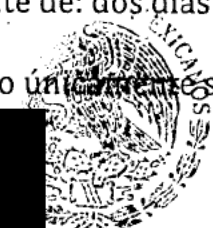
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[Redacted]



GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
ACION PARA EL CASO  
YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
PANTEONES  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

[Redacted Signature]  
**DIRECTOR DE PANTEONES.**

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

Recibi  
13-Nov-2017  
Natt

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 29 de octubre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	<u>23/10/2017</u>	[Redacted]
[Redacted]		<u>Funerales Bueda</u>
[Redacted]		
[Redacted]	<u>25/10/2017</u>	[Redacted]
[Redacted]		
[Redacted]	<u>26/10/2017</u>	[Redacted]
[Redacted]		

SEMANA DEL 23 AL 29 DE octubre



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
DE SEGURIDAD PÚBLICA  
ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

599



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO

LIBRO o. LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO (SEGUNDO APELLIDO)  
EDAD AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: GUERRERO MEXICO  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: ESTADO CIVIL:  
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:  
NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: MEXICANA  
NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: HORA: 12:50

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: ORDEN NO.:

DONDE FALLECIO: COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A  
B) B  
C) C

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO: A CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: EDAD:  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:  
DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS

NOMBRE: EDAD:  
NACIONALIDAD: NINGUNO PARENTESCO:  
DOMICILIO: GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: EDAD:  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO  
DOMICILIO: IGUALA OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN UNIDOS MEXICANOS  
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC.





# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

595

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Guerrero

5. CURP: [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: No  2, Sí  1, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Otra  2, Se ignora  9

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted]

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  4, Separado(a)  6, Divorciado(a)  3, Viudo(a)  2, Casado(a)  5, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Centro 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1, Incompleta  2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: 12.1 Trabajaba Sí  1, No  2, Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, IMSS  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  10, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.3 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.4 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.5 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.6 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.7 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.8 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.9 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.10 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.11 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.12 Clave de la unidad médica [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. Año [Redacted] 16.1 Mes [Redacted] 16.2 Día [Redacted] 16.3 Hora [Redacted] 16.4 Minuto [Redacted] 16.5 Segundo [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 2 hrs. Código CIE [Redacted]

b) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 21 hrs. Código CIE [Redacted]

c) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 2 días. Código CIE [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN ADOLESCENTE DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, No estuvo embarazada en los 43 días antes de la muerte  5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Escuela u oficina pública  2, Área industrial (taller, fábrica u obra)  6, Área deportiva  3, Calle o carretera (vía pública)  4, Área comercial o de servicio  5, Granja (rancho o parcela)  7, Otro  8, Se ignora  9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted] 23.1 Nombre(s) [Redacted] 23.2 Primer Apellido [Redacted] 23.3 Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5, Otro  6

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] 26.1 Nombre(s) [Redacted] 26.2 Primer Apellido [Redacted] 26.3 Segundo Apellido [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted] 27.1 Nombre(s) [Redacted] 27.2 Primer Apellido [Redacted] 27.3 Segundo Apellido [Redacted]

28. FOLIO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle [Redacted] Centro 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted]

29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted] 30.1 Día [Redacted] 30.2 Mes [Redacted] 30.3 Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted] 31.1 Núm. [Redacted] 31.2 Libro Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] 32.5 Mes [Redacted] 32.6 Año [Redacted]

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



Grupo  
Funerario  
Santana

TIJUANA B.C 23 DE OCTUBRE DEL 2017

# CERTIFICADO DE EMBALSAMAMIENTO

La preparación del cuerpo de quien en vida llevara el nombre de:

[Redacted Name]

De fecha de defunción é [Redacted Date]

Para su:

TRASLADO DE TIJUANA B.C A CIUDAD DE MEXICO VIA AEREA Y  
CONTINUA VIA TERRESTRE A IGUALA DE LA INDEPENDENCIA,  
GUERRERO.

## PROCEDIMIENTO DE EMBALSAMAMIENTO.

3 [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

C. TECNICO EMBALSAMADOR

[Redacted Signature]





**DEFUNCIONES / TRASLADO DE CADAVER**

Número de Oficio [redacted] Expediente [redacted] Fecha [redacted] Folio No [redacted]

Traslado de cadáver de:

C. Oficial del Registro Civil  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA DE GUERRERO

Con Fecha de hoy, quedó inscrita en esta Dependencia a mi cargo, el Acta de Defunción de:

**GENERALES DEL FINADO**

Nombre Completo: [redacted]

Lugar de Nacimiento: [redacted]

Edad: [redacted] Estado Civil: [redacted] Nacionalidad: MEXICANA

Ocupación: [redacted]

Domicilio: [redacted] TIJUANA

Nombre del Padre [redacted] Nombre de la Madre: [redacted]

**CAUSA DE LA DEFUNCIÓN**

[redacted]



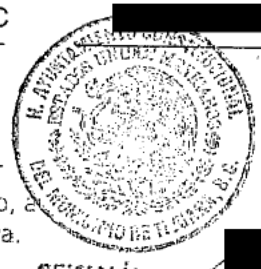
hora del fallecimiento  
20/10/2017

SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN  
FORENSE PARA EL CASO  
MÉDICO QUE CERTIFICA  
[redacted]

Lugar del fallecimiento  
[redacted] TIJUANA B.C

Domicilio del Médico  
[redacted]

Lugar de inhumación



ATENTAMENTE

**TRASLADO E INHUMACION**

SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN.  
EL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

Lo que transcribió a usted, haciéndolo de su conocimiento, a fin de que se sirva librar la orden de inhumación respectiva.

OFICIALÍA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL



548

**SECRETARIA DE SALUD**  
 DIRECCION DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
 DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

**SSA-06-005 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS**

<b>MODALIDAD DEL TRAMITE</b>	<b>A</b> DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS ( INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL)	<b>B</b> TRASLADO DE CADAVERES	<b>C</b> INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL
	<b>D</b> EXHUMACION PREMATURA	<b>E</b> EXHUMACION	<b>F</b> INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO <b>GRUPO FUNERARIO SANTANA</b>		REC. [REDACTED]	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR [REDACTED]	NUMERO O LETRA INTERIOR No. [REDACTED]	COLONIA O LOCALIDAD <b>ZONA URBANA RIO TIJUANA</b>	Nº. LICENCIA SANITARIA [REDACTED]
CODIGO POSTAL <b>22010</b>	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO [REDACTED]	ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]	TELEFONO (S) [REDACTED]

**2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO**

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO [REDACTED]		R.F.C. [REDACTED]	
DOMICILIO: CALLE, NUMERO EXTERIOR [REDACTED] 2	NUMERO O LETRA INTERIOR [REDACTED] 5	COLONIA O LOCALIDAD [REDACTED] A	Nº. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]
CODIGO POSTAL <b>2010</b>	DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO [REDACTED]	ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED] A	TELEFONO (S) [REDACTED]

**3.- DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS**

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACION
A. INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS	PROCEDENCIA	
B. TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C. INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. EXHUMACION PREMATURA	LUGAR DE INHUMACION	MOTIVOS DE LA EXHUMACION Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
E. EXHUMACION	LUGAR DEL DESTINO	
F. INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO	LUGAR DONDE SE REALIZARA PARA SU INHUMACION EN PANTEON H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA DE GUERRERO LT 268 1RA SECCION	EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**4.- DATOS DEL FINADO**

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO [REDACTED]		EDAD <b>34 AÑOS</b>
SEXO [REDACTED]	HORA Y FECHA DEL DECESO 00:00 [REDACTED]	CAUSA DE LA DEFUNCION [REDACTED]

**5.- DATOS DEL SOLICITANTE**

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO [REDACTED]	PARENTESCO [REDACTED]	FIRMA [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]		

LUGAR Y FECHA DE LA INVESTIGACION  
**TIJUANA B.C.** [REDACTED]  
 PARA EL CA [REDACTED]  
 T [REDACTED]



**6.- RESOLUCION**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SSA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO QUE OTORGA LA AUTORIZACION MTRA. [REDACTED] TITULAR DE LA UNIDAD DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS EN TIJUANA
------------------------------	--

Art. 110  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 113  
 Fracc. I  
 LFTAIP  
 Motivación 2



GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO  
DE BAJA CALIFORNIA  
REGISTRO CIVIL  
ACTA DE DEFUNCION

574



Oficialia: 1 Año: 2017 Acta: [redacted] Libro: [redacted] Tomo: [redacted] Foja: [redacted] Localidad: [redacted]  
Municipio: [redacted] Estado: [redacted] Fecha de Registro: 23/10/2017

FINADO

Sexo: [redacted]  
Estado Civil: MEXICANA Edad Año: [redacted] Meses: [redacted] Dias: [redacted] Horas: [redacted]  
Localidad: [redacted] Fecha de Nacimiento: 02/07/1983  
Estado: OAXACA Municipio: [redacted] País: MEXICO  
CURP: [redacted] CRIP: [redacted]  
Domicilio: [redacted]  
Localidad: [redacted] Municipio: [redacted]  
Estado: [redacted] País: [redacted]  
Cónyuge: [redacted] Nacionalidad: [redacted]  
Padre: [redacted]  
Madre: [redacted]

FALLECIMIENTO

Lugar: [redacted]  
No certificado: [redacted] Destino cadaver: TRASLADO E INHUMACION  
Parteon: [redacted] No Orden: [redacted]  
Ubicación: INDEPENDENCIA DE GUERRERO Fecha: [redacted]  
Donde falleció: [redacted]

Causa: [redacted]

Médico: [redacted]  
Tipo Defunción: [redacted]  
Domicilio: [redacted] UAREZ TIJUANA B.C. No. Cédula: [redacted]

DECLARANTE

Declarante: [redacted] Edad: [redacted]  
Domicilio: [redacted] Parentesco: NINGUNO  
Ocupación: [redacted] Nacionalidad: MEXICANA

TESTIGOS

Nombre: [redacted] Edad: [redacted]  
Domicilio: [redacted] Parentesco: NINGUNO  
Ocupación: [redacted] Nacionalidad: MEXICANA  
Nombre: [redacted] Edad: [redacted]  
Domicilio: [redacted] Parentesco: NINGUNO  
Ocupación: [redacted] Nacionalidad: MEXICANA

FIRMAS

TESTIGO [redacted] DECLARANTE [redacted] TESTIGO [redacted]

PARA SU TRASLADO DE TIJUANA B.C. A CIUDAD DE MEXICO VIA AEREA Y CONTINUA VIA TERRESTRE A IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO PARA SU INHUMACION EN PANTEON HAYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA DE GUERRERO [redacted] AVERIGUACION PREVIA N. DE CASO [redacted] UNIDAD REGIONAL DE PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS DE ISESALUD. ART.348 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

Se dió lectura a la presente acta y conformes con su contenido lo ratifican y firman quienes en ella intervinieron y saben hacerlo, y quienes no imprimen su huella digital. Doy fe.

OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

[redacted]

[redacted]

Art. 110

Sello de la Oficialia

13

Fracc. y VII

Motivación 1

Fracc. y VII

Motivación 2



**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO **CSO**

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1. Mujer <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1. No <input checked="" type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1. Otra <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Año [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6. Viudo(a) <input type="radio"/> 2. Casado(a) <input type="radio"/> 5. En unión libre <input type="radio"/> 4. Divorciado(a) <input type="radio"/> 3. Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1. Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle [Redacted]</u> 10.1 Tipo de Vialidad [Redacted]		10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tijuana Baja California</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1. Preescolar <input type="radio"/> 12. Primaria <input type="radio"/> 3. Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5. Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7. Profesional <input type="radio"/> 8. Posgrado <input type="radio"/> 10. Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1. La escolaridad seleccionada es: Completada <input type="radio"/> 1. Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2.		12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1. ISSSTE <input type="radio"/> 3. SEDENA <input type="radio"/> 5. Seguro Popular <input type="radio"/> 7. Otra <input type="radio"/> 8. IMSS <input type="radio"/> 2. PEMEX <input type="radio"/> 4. SEMAR <input type="radio"/> 6. IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10. Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1. IMSS <input type="radio"/> 3. PEMEX <input type="radio"/> 5. SEMAR <input type="radio"/> 7. IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2. ISSSTE <input type="radio"/> 4. SEDENA <input type="radio"/> 6. Otra unidad pública <input type="radio"/> 8. Unidad médica privada <input type="radio"/> 9.		14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Colonia [Redacted]</u>		15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tijuana Baja California</u>	
16. [Redacted] 00:00 Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1. No <input checked="" type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2.	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1. El parto <input checked="" type="radio"/> 2. El puerperio <input type="radio"/> 3. 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4. No estuvo embarazada en los últimos 12 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5.		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2.		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2.	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1. Homicidio <input type="radio"/> 2. Suicidio <input type="radio"/> 3. Se ignora <input type="radio"/> 9.		22.2 ¿Ocurrió en el trabajo? Sí <input type="radio"/> 1. No <input checked="" type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9.		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6. Área deportiva <input type="radio"/> 3. Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7. Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 4. Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2. Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5. Se ignora <input type="radio"/> 9.	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted]		22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]	
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]			
22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted]		22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]		22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] FALLECIDO(A)					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1. Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2. Otro médico <input type="radio"/> 3. Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4. Autoridad civil <input type="radio"/> 5. Otro <input type="radio"/> 8. Especifique [Redacted]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la matrícula [Redacted]			
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de Vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted]		29.9 Municipio o delegación <u>Tijuana Baja California</u>		29.10 Entidad federativa <u>Baja California</u>	
31. DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Lugar [Redacted] Fecha [Redacted]		33. [Redacted]	



SS1

C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO  
TITULAR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION  
ZONA LA MESA.

NUC: [REDACTED]

PRESENTE.-

LAS PERSONAS DE NOMBRE:

[REDACTED]	[REDACTED]	CREDENCIAL DE ELECTOR: [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	CREDENCIAL DE ELECTOR: [REDACTED]

COMO TESTIGOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA QUIEN EN VIDA LLEVARA EL NOMBRE DE

[REDACTED]

EL CUAL FUE IDENTIFICADO A TRAVES DE VENTANILLA.

MISMO QUE INGRESA A ESTE SERVICIO MEDICO FORENSE COMO:

[REDACTED]

LUGAR DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER	[REDACTED]
INGRESÓ AL SERVICIO MEDICO FORENSE EL DÍA	[REDACTED] 00:00 HRS.

TIJUANA BAJA CALIFORNIA, 20 DE OCTUBRE DEL 2017

ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
COORDINADOR DEL SE.ME.FO  
DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION  
ON PARA EL CASO  
OTZINAPA



SERVICIO MEDICO FORENSE  
TIJUANA, B.C.

PODER JUDICIAL DEL ESTADO  
DE BAJA CALIFORNIA



UNIDAD DE INVESTIGACION  
ZONA LA MESA (5)  
SUBPROCURADURIA ZONA TIJUANA

[REDACTED]


FIRMA Y SELLO DEL C. AGENTE DEL M. P.

Lic. [REDACTED]

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

SS2

<b>Shipper's Name and Address</b> GRUPO FUNERARIO SANTANA AV. EUSEBIO KINO #10102 COL. ZONA RIO TIJUANA, BAJA CALIFORNIA 0 MEXICO 6646828200		<b>Shipper's Account Number</b> FUNERALES DOLOR	Not negotiable <b>Air Waybill</b> (AIR CONSIGNMENT NOTE)			
<b>Consignee's Name and Address</b> SERVICIOS FUNERARIOS SAN DIEGO BANDERA NACIONAL #96 0 IGUALA, GUERRERO 0 MEXICO 017331313272		<b>Consignee's Account Number</b>	Issued by Volaris, Copies 1,2 and 3 of this Air Waybill are originals and have the same validity It is agreed that the goods described herein are accepted in apparent good order and condition (except as noted) for carriage SUBJECT TO THE CONDITIONS OF CONTRACT ON THE REVERSE HEREOF. ALL GOODS MAY BE CARRIED BY ANY OTHER MEANS INCLUDING ROAD OR ANY OTHER CARRIER UNLESS SPECIFIC CONTRARY INSTRUCTIONS ARE GIVEN HEREOF BY THE SHIPPER, AND SHIPPER AGREES THAT THE SHIPMENT MAY BE CARRIED VIA INTERMEDIATE STOPPING PLACES WHICH THE CARRIER DEEMS APPROPRIATE. THE SHIPPER'S ATTENTION IS DRAWN TO THE NOTICE CONCERNING CARRIER'S LIMITATION OF LIABILITY. Shipper may increase such limitation of liability by declaring a higher value for carriage and paying a supplemental charge if required.			
<b>Issuing Carrier's Agent Name and City</b> SAE Soporte Aereo, Ejecutivo y Carga / Leonardo Raul Gonzalez Paxtian MEX		<b>Accounting Information</b> 400059		400059		
<b>Agent's IATA Code</b> 400059		<b>Account No.</b> 400059		400059		
<b>Airport of Departure (Addr. of first Carrier) and requested routing</b> TIJ-Apto Internacional de Tijuana						
<b>To</b> MEX	<b>By first Carrier</b> Y4	<b>Routing and Destination</b>		<b>To</b> MEX	<b>By</b> Y4	
<b>Airport of Destination</b> MEX-Benito Juarez (AICM)		<b>Requested Flight/Date</b> Y4810 24/10/2017		<b>Currency</b> MXN	<b>Chgs Code</b> PX	
<b>Handling Information</b> * CESAR GARCIA MEDINA   SHC:HUM:Human Remains in Coffin		<b>Declared Value for Carriage</b> NVD		<b>Declared Value for Customs</b> NCV		
<b>Amount of Insurance</b> XXX		<b>INSURANCE</b> - If carrier offers insurance and such insurance is requested in accordance with conditions on reverse hereof indicate amount to be insured in figures in box marked Amount				
<b>No. of Pieces</b> 1	<b>Gross Weight</b> 175.00	<b>Kg/lb</b> K	<b>Rate Class</b> AA	<b>Commodity Item No.</b> 9091	<b>Chargeable Weight</b> 175.00	
<b>Rate / Charge</b> As Agreed		<b>Total</b> As Agreed		<b>Nature and Quantity of Goods (incl. Dimensions or Volume)</b> Restos humanos sin cremar   DIMS: 220.00 * 80.00 * 55.00 * 1 * Cms;		
<b>Prepaid</b> As agreed		<b>Weight Charge</b> As agreed		SCI		
<b>Valuation Charge</b> As agreed		<b>Tax</b> As agreed		<b>Other Charges</b> As agreed		
<b>Total other Charges Due Agent</b> As agreed		<b>Total other Charges Due Carrier</b> As agreed		The shipper certifies that the particulars on the face hereof are correct and, agrees to the CONDITIONS ON THE REVERSE HEREOF, accepts the carrier's liability is limited as stated on the reverse hereof and accepts such value unless a higher value for carriage is declared on the face of hereof subject to an additional charge and that insofar as any part of the consignment contains dangerous goods (hazardous materials) such part is properly described by name and is in proper condition for carriage by air according to applicable national government regulations and for international shipments, the current International Air Transport Association's Dangerous Goods Regulations.		
<b>G.COD</b>		<b>J.RFC</b>		Signature of Shipper or his Agent		
<b>Total Prepaid</b> As agreed		<b>Total Collect</b> As agreed		EXECUTED ON 23/10/2017 17:01 TIJ		
<b>Currency Conversion Rates</b>		<b>Total Collect in Dest. Currency</b> MXN		Signature of Issuing Carrier or its Agent		
<b>For Carrier Use only at Destination</b>		<b>Charges at Destination</b>		<b>Total Collect Charges</b>		

ORIGINAL 1 (FOR ACCOUNTS)

Final Copy: Updated on 23/10/2017 Printed on 24/10/2017

**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

55B

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>guerrero</u>			
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____ Para menores de un día _____ Horas _____ Para menores de un mes _____ Días _____ Para menores de un año _____ Meses _____ Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorcionado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la localidad _____ 10.3 Exterior <input type="checkbox"/> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Código Postal _____ 10.6 Localidad _____ 10.7 Municipio o delegación _____ 10.8 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		11.2 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hosp. _____ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Dirección de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Número de seguridad social o afiliación _____ 14.4 Tipo de vivienda: Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>av. del centro</u> 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la localidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Código Postal _____ 15.6 Localidad _____ 15.7 Municipio o delegación _____ 15.8 Entidad federativa <u>guerrero</u>			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (caso, condominio, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>CON FORMAL CASO</u>			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la localidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____	
27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la localidad _____ <u>centro</u> 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ <u>igualda de la independenc</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ <u>igualda de la independenc</u> 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ <u>guerrero</u> 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

554



OFICIALIA 01

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] LUGAR: SECRETARIA DE SALUD HORA: 05:10

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED] UBICACION: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED] NUEVO MUNICIPAL

DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [REDACTED] B) B [REDACTED] C) C [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED] NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED] DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED] DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED] DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED] DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES: ON PARA EL CASO OTZINAPA PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

SELO DE LA OFICIALIA  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

Recibi  
13 Nov-2017  
Klat

SSS

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"  
"INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 05 de Noviembre 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	30/10/2017	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	30/10/2017	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	Funerales Ortoescul
[REDACTED]	31/10/2017	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	31/10/2017	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	Funerales San Diego
[REDACTED]	03/11/2017	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	funerales Valladares

SEMANA DEL 30 AL 05 DE Noviembre



ATENTAMENTE

RAL [REDACTED]  
AL DE INVESTIGACION [REDACTED]  
ÓN PA [REDACTED]  
OTZINAPA ADMINISTRADOR



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

556

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Año [Redacted]

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años [Redacted] Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL En unión libre 4 Separado(a) 5 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad Colonia [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano Iguala 10.6 Nombre del asentamiento humano Iguala de la Independencia 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad Iguala 10.9 Municipio o delegación Iguala de la Independencia 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Guerrero

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OC [Redacted] Se ignora 99

12.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

14.3 Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad Colonia [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano Iguala 15.6 Nombre del asentamiento humano Iguala de la Independencia 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad Iguala 15.9 Municipio o delegación Iguala de la Independencia 15.10 Entidad federativa Guerrero

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año [Redacted] 21 23 Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 años

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

[Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 15 años

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 15 años

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 40 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses 3

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.3 ¿En qué actividad estaba ocupado el fallecido(a) cuando ocurrió la lesión? Trabajo

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE DEL PRESUNTO AGRESOR Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. RELACIÓN CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico\* 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil\* 5 Otro\* 8 \*Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle [Redacted] 29.1 Tipo de vialidad Centro 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano Iguala 29.6 Nombre del asentamiento humano Iguala de la Independencia 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad Iguala 29.9 Municipio o delegación Guerrero 29.10 Entidad federativa Guerrero 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

31. SI LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA U JUZGADO Motivación 1

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Motivación 2

Art. 110

Art. 113

REG. CIVIL

LIBRO NÚM. [Redacted]

32.1 Localidad [Redacted]

32.2 Fecha de registro [Redacted]

32.3 Lugar de registro [Redacted]



557

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 30 del mes Octubre del 2017.

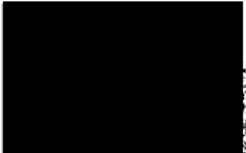
Se autoriza al C. Funerales Uriostegui con domicilio periferico sur sn tel. no. 3341728 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



MEXICANOS  
 ATENTAMENTE  
 AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA  
 GENERAL DE LA REPUBLICA [REDACTED]  
 ESPECIAL DE INHUMACIONES  
 DIRECCION PARA EL CASO DIRECTOR DE PANTEONES.  
 AYOTZINAPA

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx



558

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN  
CLASIFICADO DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN

OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO

PRINCIPAL: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]  
ESTADO: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED]

FRUSTRADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED] 17:28

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADÁVER:  INCINERACIÓN  CREMATORIO  NOMBRE DEL PARTENO O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACIÓN: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DOMICILIO FALLECIDO: [REDACTED] CAUSA DE LA MUERTE: AJA [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: AJA [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: NATURAL

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

Nº. DE CÉDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] ESTADO DE LOS FUEROS GRO.

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACIÓN: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACIÓN: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACIÓN: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA LEYEN Y FIRMAN EN SU NOMBRE Y EN LA INTERPRETACIÓN Y SABER HACIENDO Y CUANDO NO IMPRIMEN SU NOMBRE DESTINADO.

REGISTRO CIVIL

PANTEONES  
AYOTZINAPATECO  
PONER COPIA  
DE TITULO DE  
PROPIEDAD DEL  
PANTEON



GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
POLICIA PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

559

SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SOLUC

LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

DEL VIVO

DEL CERTIFICANTE

CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(S) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO: 1.9.30

3. SEXO:  Masculino  Femenino

4. ENTREGA DE NACIMIENTO: CUERPERO

5. CURP: [Redacted]

6. NACIONALIDAD: Mexicana

7. NACIONALIDAD: Mexicana

8. ESTADO CIVIL:  Casado  Soltero  Viudo  Separado

9. RESIDENCIA HABITUAL: CALLE [Redacted] COLONIA [Redacted] MUNICIPIO [Redacted] ESTADO [Redacted]

10.3 Núm. Exterior: [Redacted] 10.4 Núm. Interior: [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: [Redacted]

12.1 Estado: [Redacted] 12.2 Estado: [Redacted]

13.1 Núm. Exterior: [Redacted] 13.2 Núm. Interior: [Redacted] 13.3 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 13.4 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Clasificación de Establecimientos de Salud (CES): [Redacted]

15. DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: CALLE [Redacted] COLONIA [Redacted] MUNICIPIO [Redacted] ESTADO [Redacted]

16.1 Fecha del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 16.2 Seguro de Previsión: [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?  Sí  No

18. ¿SE PRONTO RECONOCIÓ?  Sí  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE 14 A 64 AÑOS: [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFICAR: [Redacted]

23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: [Redacted]

24. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

31. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

35. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

36. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

37. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

38. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

39. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

40. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

41. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

42. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

43. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

44. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

45. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

46. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

47. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

48. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

49. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

50. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

51. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

52. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

53. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

54. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

55. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

56. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

57. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

58. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

59. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

60. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

61. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

62. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

63. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

64. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

65. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

66. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

67. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

68. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

69. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

70. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

71. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

72. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

73. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

74. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

75. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

76. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

77. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

78. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

79. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

80. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

81. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

82. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

83. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

84. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

85. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

86. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

87. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

88. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

89. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

90. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

91. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

92. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

93. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

94. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

95. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

96. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

97. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

98. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

99. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

100. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN  
CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA  
INSTITUTO PARA EL CASO  
OTZINABA

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

560



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA	
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO)	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		ESTADO CIVIL: [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]		HORA: 12:35
LUGAR: [REDACTED]	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED] MUNICIPAL		
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]		
DONDE FALLECIO: H. [REDACTED] IGUALA, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] NIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] ALA, GUERRERO		OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [REDACTED] RRERO		OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [REDACTED]		OCUPACION: [REDACTED]
LA PRESENTE ACTA TIENE EN LAS LEYES DE LA REPUBLICA LOS SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS		
 <b>SECRETARIA DE SALUD</b> <b>AL DE INVESTIGACION</b> <b>DN PARA EL CASO</b>		

FIRMAS  
[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE PUDO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELLA DE LA OFICIALIA  
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GTO.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO

561



ESTADO: IGUALA      FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED]      ACTA No.: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA      LOCALIDAD: IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]      SEXO: HOMBRE       MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]      EDAD: [REDACTED]      NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]      GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)      MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]      IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)      GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)      MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]      NACIONALIDAD: MEXICANA (PAIS)

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]      NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]      NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]      HORA: 12:35

LUGAR: 15587E      DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION       CREMACION       CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]      MUNCIPAL

ONDE FALLECIO: [REDACTED]      ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]      CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]      EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA

DOMICILIO: [REDACTED]      LA, GUERRERO      PARENTESCO: [REDACTED]      OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]      EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA      PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED]      OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [REDACTED]      EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA      PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED]      OCUPACION: COMERCIANTE

LA PRESENTE ACTA TIENE LAS SIGUIENTES ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS

SECRETARIA GENERAL DE LA REPUBLICA

SECRETARIA DE INVESTIGACION

PARA EL CASO

ZINAPALA

[REDACTED SIGNATURES]

SE LEYÓ EN VOZ ALTA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N.º [REDACTED]

SELO DE LA OFICINA  
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018

562  
562

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

• €2017€

•  
FEDERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
FEDERAL PARA EL CASO  
FEDERAL OTZINAPA

•  
"NOVIEMBRE"



**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 03 del mes NOVIEMBRE del 2017.

Se autoriza al C. FUNERALES VALLADARES con domicilio CALLE RUFFO FIGUEROA TE 58 COL. 24 DE FEBRERO tel. no. 7331307229 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]

ATENTAMENTE  
 H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
 PANTEONES PÚBLICOS  
 2015  
 [REDACTED]  
 DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 564

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Guerrero</u>
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ign. _____		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ign. _____		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 Divorciado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Colonia _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano _____ 10.4 Localidad _____ 10.5 Nombre del asentamiento humano _____ 10.6 Código Postal _____ 10.7 Localidad _____ 10.8 Municipio o delegación _____ 10.9 Enidad federativa o país (si residía en el ext.) _____ 10.10 Enidad federativa o país (si residía en el ext.) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 11.2 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
12. _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General Iguala</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____ 14.3 Num. Exterior _____ 14.4 Num. Interior _____ 14.5 Tipo de vialidad _____ 14.6 Nombre de la vialidad _____ 14.7 Tipo de asentamiento humano _____ 14.8 Localidad _____ 14.9 Municipio o delegación _____ 14.10 Nombre del asentamiento humano _____		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Localidad _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Nombre del asentamiento humano _____		
16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
18. ¿SE PRACICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ 30 min 1 día 1 mes 4 años		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto El parto <input checked="" type="radio"/> 2 11 meses después del parto o aborto El puerperio <input type="radio"/> 3 21.2 ¿Las causas anómalas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anómalas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tiene presunto agresor con víctima, familiares, etc. _____		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Num. Exterior _____ 22.7.4 Num. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Localidad _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Nombre del asentamiento humano _____		
23. NOMBRE DEL INFANTE _____ 24. _____		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 9 26. SI EL CERTIFICANTE ASISTE A LA DEFUNCIÓN, ANOTE SU NOMBRE Y FIRMA 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____ 28. FIRMA _____		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Num. Exterior _____ 29.4 Num. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Localidad _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Nombre del asentamiento humano _____ 29.11 Teléfono _____		

Art. 110  
Fracc. V  
LFTAIIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIIP  
Motivación 2

Recibi  
13-Nov-2017  
Nat y

565

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 12 de Noviembre 2017

C. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	07/11/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Bueda
[Redacted]	07/11/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales San Diego
[Redacted]	08/11/2017	
[Redacted]		Fosa Comun
[Redacted]	10/11/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Celestial

SEMANA DEL 06 AL 12 DE Noviembre

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE GOBIERNO  
**ATENCIONEMENTE**

[Redacted Signature Line]

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

566

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

<b>DEL FALLECIDO</b>							
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____							
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Guerrero</u>							
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99							
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9							
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9							
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9							
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>calle</u> 10.1 Tipo de vialidad _____ <u>14</u> <u>colonia</u> 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ <u>Iguala</u> 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ <u>Iguala</u> 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Guerrero</u>							
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
12. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>calle</u> 15.1 Tipo de vialidad _____ <u>colonia</u> 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ <u>Iguala</u> 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ <u>Iguala</u> 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa <u>Guerrero</u>							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____             </td> <td style="width: 20%;">                 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte                  72 hrs                  10 años                  10 años             </td> <td style="width: 20%;">                 Código CIE                  _____                  _____                  _____             </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo             </td> </tr> </table>		<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 72 hrs 10 años 10 años	Código CIE _____ _____ _____	<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 72 hrs 10 años 10 años	Código CIE _____ _____ _____					
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE LA MATERNIDAD 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos al parto <input type="radio"/> 3 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA - ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>AVOTZINAPÁ</u> 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____							
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____							
24. PARENTESCO CON EL( LA) FALLECIDO(A) _____ 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____							
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____							
28. FIRMA _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>carretera</u> 29.1 Tipo de vialidad _____ <u>Centro</u> 29.2 Nombre de la vialidad _____ <u>Iguala</u> 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ <u>Iguala</u> 29.6 Municipio o delegación _____ 29.7 Código Postal _____ <u>Guerrero</u> 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____							
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____							
<b>DEL REG. CIVIL</b>							

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	12:10
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	MUNICIPAL
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) A) B) B) C) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: LA, GUERRERO	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADA	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS PARA EL CASO TZINAPA		

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARIA DE LA REPUBLICA  
SECRETARIA DE INVESTIGACION  
N PARA EL CASO  
TZINAPA

FIRMAS  
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [Redacted]



Art. 113



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

568

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		
	2. [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>GUERRERO</b>
	5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]	8.2 Semanas de gestación: [Redacted]
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorcido(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>calle [Redacted]</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>COLONIA CENTRO</b>		
	10.3 Núm. Exterior [Redacted]	10.4 Núm. Interior [Redacted]	10.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>
	10.7 Código Postal [Redacted]	10.8 Localidad <b>IGUALA</b>	10.9 Municipio o delegación <b>IGUALA</b>
	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>GUERRERO</b>	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
	11.1 La escolaridad seleccionada es: <b>ABITUAL</b>	12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad de salud <b>C.H. ISSSTE IGUALA</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
14.3 Tipo de vialidad <b>URBANO</b>			
14.4 Nombre del asentamiento humano <b>COLONIA CENTRO</b>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <b>calle [Redacted]</b>			
15.2 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>			
15.3 Núm. Exterior [Redacted]			
15.4 Núm. Interior [Redacted]			
15.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>			
15.6 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA</b>			
15.7 Código Postal [Redacted]			
15.8 Localidad <b>IGUALA</b>			
15.9 Municipio o delegación <b>IGUALA</b>			
15.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b>			
16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>12 hrs</b> Código CIE [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] <b>45 días</b> [Redacted] c) [Redacted] <b>45 días</b> [Redacted] d) XXX <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo XX XX			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos al parto <input type="radio"/> 4 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones complicaciones del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (casita, departamento, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera pública <input type="radio"/> 4 Establecimiento público <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ta) fallecido(a) [Redacted]			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: XXX 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias y hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio XX XX			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]			
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted]	22.7.4 Núm. Interior [Redacted]	22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	22.7.7 Código Postal [Redacted]	22.7.8 Localidad [Redacted]	
22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]	22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido [Redacted]			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique [Redacted]			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]			
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
28. [Redacted]			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <b>CALLE [Redacted]</b>			
29.2 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>			
29.3 Núm. Exterior [Redacted]	29.4 Núm. Interior [Redacted]	29.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA</b>	29.7 Código Postal <b>IGUALA</b>	29.8 Localidad <b>GUERRERO</b>	
29.9 Municipio o delegación <b>IGUALA</b>	29.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b>		
29.11 Teléfono [Redacted]			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]			
31.1 Acta Núm. [Redacted]			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted]			
32.2 Municipio o delegación [Redacted]	32.3 Entidad federativa [Redacted]		
32.4 Día [Redacted]	32.4 Mes [Redacted]	32.4 Año [Redacted]	

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01    FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA    LOCALIDAD IGUALA    ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED]    SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]    EDAD: [REDACTED]    NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]    IGUALA DE LA INDEPENDENCIA    GUERRERO    MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]    ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]    NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]    NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]    NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]    HORA: 23:50

LUGAR: [REDACTED]    CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED]    ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] ALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) C [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] TRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]    EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA    PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]    OCUPACION: COMERCIANTE

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]    EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA    PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] ERO    OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]    EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA    PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: PERIFERICO ORIENTE S/N. IGUALA, GUERRERO    OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS FOTOCOPIAS SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
[REDACTED] DE INVESTIGACIÓN  
[REDACTED] PARA [REDACTED]  
[REDACTED] ZINAPALAPAN  
TESTIGO

A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL PRESENTE INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SELLO DEL OFICIAL  
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018

INTERESADO

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 7 noviembre de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera ampliación del panteón Municipal, el día (8 de noviembre de 2017).

**ATENTAMENTE**  
[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
**DIRECCIÓN DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
- 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



AL DE LA REPÚBLICA  
AL DE INVESTIGACIÓN  
ÓN PARA EL CASO  
OTZINAPA



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 571



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero México Entidad federal/iva o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federal/iva o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.3 AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEMEX <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.2 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		14.3 Tipo de lugar Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad [Redacted]		15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federal/iva [Redacted]		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] 11:10:00 Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE NATURAL 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]		22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federal/iva [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle [Redacted] 29.1 Tipo de vialidad [Redacted]		30. FECHA DE EMISIÓN [Redacted]	
29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federal/iva [Redacted]		29.11 Teléfono [Redacted]		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA VIL Motivación 2	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted]		32.2 Fecha de registro [Redacted]		32.3 Hora de registro [Redacted]		32.4 Motivación 2	

572



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECCION DE PANTEONES**  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0272

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes NOVIEMBRE del 2017.

Se autoriza al C. FUNGIALES CELESTIAL con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #82 tel. no. 1102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017  
FOLIO

573

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CON LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. [Redacted]	3. SEXO: Hombre <input checked="" type="radio"/> 1, Mujer <input type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 3
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Guerrero	
5. CURP: [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 3	
7. NACIONALIDAD: Médica <input checked="" type="radio"/> 1, Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora, minutos, de un día, horas, de un mes, días, de un año, meses, de un año o más: 09/11 Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre <input type="radio"/> 4, Separado(a) <input type="radio"/> 8, Vuelto(a) <input type="radio"/> 2, Casado(a) <input type="radio"/> 5, Divorcido(a) <input type="radio"/> 3, Soltero(a) <input type="radio"/> 1, Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (e) Calle: [Redacted], 10.1 Tipo de vivienda: Colonia, 10.2 Nombre de la vivienda: Centro 10.3 Núm. Exterior, 10.4 Núm. Interior, 10.5 Tipo de asentamiento humano: Igualta, 10.6 Nombre del asentamiento humano: Igualta de la Independencia, Guerrero, 10.7 Código Postal: [Redacted], 10.8 Localidad: Igualta, 10.9 Municipio o delegación: Igualta de la Independencia, 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Guerrero	
11. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> 1, Preescolar <input type="radio"/> 12, Primaria <input checked="" type="radio"/> 3, Secundaria <input type="radio"/> 5, Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7, Profesional <input type="radio"/> 8, Posgrado <input type="radio"/> 10, Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted], Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="radio"/> 1, IMSS <input checked="" type="radio"/> 2, PEMEX <input type="radio"/> 4, SEMAR <input type="radio"/> 8, IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10, Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1, IMSS <input type="radio"/> 3, PEMEX <input type="radio"/> 5, SEMAR <input type="radio"/> 7, IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2, ISSSTE <input type="radio"/> 4, SEDENA <input type="radio"/> 8, Otra unidad pública <input type="radio"/> 8, Unidad médica privada <input type="radio"/> 9, 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted], 14.1 Tipo de vivienda: [Redacted], 14.3 Núm. Exterior, 14.4 Núm. Interior, 14.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted], 14.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted], 14.7 Código Postal: [Redacted], 14.8 Localidad: [Redacted], 14.9 Municipio o delegación: [Redacted], 14.10 Entidad federativa: [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Calle: [Redacted], 15.1 Tipo de vivienda: Colonia, 15.2 Nombre de la vivienda: Centro, 15.3 Núm. Exterior, 15.4 Núm. Interior, 15.5 Tipo de asentamiento humano: Igualta, 15.6 Nombre del asentamiento humano: Igualta de la Independencia, Guerrero, 15.7 Código Postal: [Redacted], 15.8 Localidad: Igualta, 15.9 Municipio o delegación: Igualta de la Independencia, 15.10 Entidad federativa: Guerrero	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día: 08, Mes: 11, Año: 2017, Horas: 10, Minutos: 42	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 3	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted], Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 hrs, Código CIE: [Redacted]. b) [Redacted], 24 hrs. c) [Redacted], 24 hrs. d) [Redacted], 04 días. PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE: [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1, El parto <input type="radio"/> 2, El puerperio <input type="radio"/> 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5. 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2. 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2.	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1, Homicidio <input type="radio"/> 2, Suicidio <input type="radio"/> 3, Se ignora <input type="radio"/> 9. 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 9. 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 1, Área deportiva <input type="radio"/> 3, Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4, Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5, Escuela particular <input type="radio"/> 2, Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6, Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7, Otro <input type="radio"/> 8, Se ignora <input type="radio"/> 9. 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]. 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]. 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted].	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: REPUBLICA, 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted], 22.7.3 Núm. Exterior, 22.7.4 Núm. Interior, 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted], 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted], 22.7.7 Código Postal: [Redacted], 22.7.8 Localidad: [Redacted], 22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted], 22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]	
23. NOMBRE: [Redacted], Segundo Apellido: [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1, Médico legista <input type="radio"/> 2, Otro médico <input type="radio"/> 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4, Autoridad civil <input type="radio"/> 5, Otro <input type="radio"/> 8. Especifique: [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 4272977, Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE: [Redacted], 28. FIRMA: [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: Calle: [Redacted], 29.1 Tipo de vivienda: Centro, 29.2 Nombre de la vivienda: [Redacted], 29.3 Núm. Exterior, 29.4 Núm. Interior, 29.5 Tipo de asentamiento humano: Igualta, 29.6 Nombre del asentamiento humano: Igualta de la Independencia, Guerrero, 29.7 Código Postal: [Redacted], 29.8 Localidad: Igualta, 29.9 Municipio o delegación: Guerrero, 29.10 Entidad federativa: Guerrero, 29.11 Teléfono: [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 08/11/2017	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted], 31.1 Acta Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [Redacted], 32.2 Municipio o delegación: [Redacted], 32.3 Entidad federativa: [Redacted], 32.4 Día, Mes, Año: [Redacted]	
<b>DEL REG. CIVIL</b>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 19 de Noviembre 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**                      **FECHA**                      **UBICACIÓN**

* [REDACTED]	14/11/2017	4ta seccion, L-349
[REDACTED]		Funerales Bueda
[REDACTED]	14/11/2017	3ra. seccion, Fosa Común
[REDACTED]		
[REDACTED]	14/11/2017	1ra. seccion, L-170
[REDACTED]		
[REDACTED]	16/11/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda

SEMANA DEL 13 DE Noviembre



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]  
YOTZINABA ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE PANTEONES  
2015 - 2018  
**RECIBIDO**  
Fecha 05/12/17 Hora 12:15hr.  
Recibido Asela Tovar A.

IGUALA  
TRANSPARENCIA Y  
DESARROLLO

575

Nº 0600

Iguala de la independencia, Gro., a 14 del mes Noviembre del 2017.

Se autoriza al C. Laura Rueda Martinez con domicilio altamirano 24 tel. no. 2-43-03 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVERSIÓN Y TURISMO  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
SECRETARÍA DE ENERGÍA  
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO  
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO  
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA  
SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PROTECCIÓN SOCIAL  
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES  
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS  
SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL  
SECRETARÍA DE CULTURA

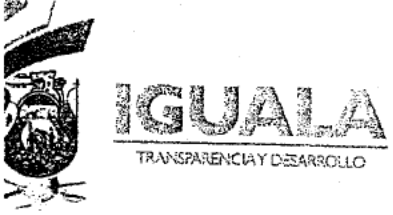
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

576



DIRECCION DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO  
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.  
2015 - 2018

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 14 noviembre de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal.

SECRETARÍA DE GOBIERNO  
AYUNTAMIENTO  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GGO  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
C. [REDACTED]  
DIRECCIÓN DE PANTEONES



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA PARA EL CASO  
OTZINAPA

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

577

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y A LA LEY FEDERAL DE LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO GUERRERO	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos		Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: C 10.2 Nombre de la vialidad:	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		10.3 Núm. Exterior / 10.4 Núm. Interior	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.5 Tipo de asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		11.2 Trabajo	
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora		Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimiento	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior / 15.4 Núm. Interior		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
15.5 Localidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?	
Día: 18 Mes: 9 Año: 16		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE NATURAL	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) b) c) d)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 MIN 1 MIN		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos al parto <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input checked="" type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> Se ignora		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/> Se ignora		NINGUNO	
22.5 La defunción fue registrada en el		22.6 Describe brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la muerte		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior / 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Localidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.6 Localidad		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Nombre del asentamiento humano	
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE DEL INF.		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR	
Nombre(s)		Primer Apellido		Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		29. DOMICILIO Y TELÉFONO	
Nombre(s)		Número de la cédula profesional		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior / 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. AÑO DE REGISTRO	
Núm. Libro Núm.		32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa		Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.		32.4 Día Mes Año		32.5 Tipo de asentamiento humano	

Art. 110: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. I LFTAIP Motivación 1

Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION  
BALJ690915HGRTPN09

578



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	NOMBRE(S)	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO HABITUAL:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO)	GUERRERO MEXICO (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO MEXICO (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	UNION LIBRE
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	18:46
LUGAR: SE IGNORA	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	ANTIGUO MUNICIPAL
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	DE LA INDEPENDENCIA, GRD.	
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) A B) B C)	
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	DEL. CUAUHEMOC, CD. DE MEXICO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO: GUERRERO	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: CONCUBINA	
DOMICILIO:	OCUPACION:	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
**AL DE INVESTIGACION**  
 SUBPROCURADURIA DE DERECHOS HUMANOS (SDH) DEL DELITO Y SERV. A LA COMUNIDAD FISCALIA  
 ESPECIALIZADA DE BUSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS AP/PGR/SDHPDS/UEBPD/M16/230/2014  
 OFICIO: FEBPD/23572/2017 CIUDAD DE MEXICO, A 13 DE NOVIEMBRE DE 2017

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

579



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/>	[REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	GUANAJUATO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	MEXICANA (PAIS)
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA:	21:10
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	[REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input type="radio"/> CREMACION <input checked="" type="radio"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	GUTIERREZ
UBICACION: [REDACTED]	S/N. IGUALA, GRO.	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	CENTRO, IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	[REDACTED]	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	[REDACTED]	
DOMICILIO:	[REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	HERMANA
DOMICILIO: [REDACTED]	IGUALA, GUERRERO	OCCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION:	COMERCIANTE
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION:	EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN  
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN  
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DE [REDACTED] FIRMA [REDACTED]



GUERRERO NOS NECESITA TODOS  
 CIPRESILIO



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 580

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

E.G. L

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO</b>	
10.7 Código Postal _____		10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la Unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____		15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>	
15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o delegación _____	
15.10 Entidad federativa _____		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO</b>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ 18 10 00 Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		Código CIE _____	
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 44 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7.1 Tipo de vialidad _____	
22.7.2 Nombre de la vialidad _____		22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____		22.7.7 Código Postal _____		22.7.8 Localidad _____	
22.7.9 Municipio o delegación _____		22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____ Número de la cédula profesional _____			
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. F. _____			
29. DOMICILIO y TELÉFONO BVD _____ 29.1 Tipo de vialidad _____		29.2 Nombre de la vialidad _____		29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____	
29.5 Tipo de asentamiento humano _____		29.6 Nombre del asentamiento humano _____		29.7 Código Postal _____	
29.8 Localidad _____		29.9 Municipio o delegación _____		29.10 Entidad federativa _____	
29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Art. 110 _____ Art. 113 _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Motivación 2			



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

581



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 18:00	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>	NOMBRE DEL PANTEON <input type="checkbox"/> CREMATOARIO:	MUNICIPAL
UBICACION:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	CENTRO, IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: HIJO	
DOMICILIO:	OCCUPACION: EMPLEADO	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: GUERRERO	OCCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: GUERRERO	OCCUPACION: EMPLEADA	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITO PARA EL CASO YOTZINAPA		

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_

DECLARANTE \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. \_\_\_\_\_

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
H. SECRETARÍA DE JUSTICIA  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018.



# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 26 de Noviembre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
* [Redacted]	22/11/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Gutierrez

SEMANA DEL 20 AL 26 DE Noviembre



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN

[Redacted Signature]

ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE PANTEONES  
2015 - 2018  
**RECIBIDO**  
Fecha 08/12/17 Hora 12:15 hrs  
Recibo [Redacted]

IGUALA  
TRANSPARENCIA Y  
DESARROLLO

SECRETARIA DE SALUD  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2011  
 FOLIO

585

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,  
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1. Mujer <input checked="" type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9	5. CURP [Redacted]
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1. No <input checked="" type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1. Se ignora <input type="radio"/> 9
8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4. Separado(a) <input type="radio"/> 6. Divorciado(a) <input type="radio"/> 3. Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2. Soltero(a) <input type="radio"/> 5. Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4. Separado(a) <input type="radio"/> 6. Divorciado(a) <input type="radio"/> 3. Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2. Soltero(a) <input type="radio"/> 5. Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (e) 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Núm. Exterior 10.3 Núm. Interior 10.4 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1. Preescolar <input type="radio"/> 12. Primaria <input checked="" type="radio"/> 3. Secundaria <input type="radio"/> 5. Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7. Profesional <input type="radio"/> 8. Posgrado <input type="radio"/> 10. Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1. Incompleta <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1. ISSSTE <input type="radio"/> 3. SEDENA <input type="radio"/> 5. Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7. IMSS <input type="radio"/> 2. PEMEX <input type="radio"/> 4. SEMAR <input type="radio"/> 6. IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10. Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1. IMSS <input type="radio"/> 3. PEMEX <input type="radio"/> 5. SEMAR <input type="radio"/> 7. IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10. Unidad médica pública <input type="radio"/> 8. Otra unidad pública <input type="radio"/> 9. Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 13.1 Nombre de la unidad médica 13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) 13.3 Hogar <input type="radio"/> 11. Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de vivienda 14.2 Núm. Exterior 14.3 Núm. Interior 14.4 14.5 Tipo de asentamiento humano 14.6 Nombre del asentamiento humano 14.7 Código Postal 14.8 Localidad 14.9 Municipio o delegación 14.10 Entidad federativa	
15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo 15.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 15.2 Código CIE	
16. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 16.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1. El parto <input type="radio"/> 2. El puerperio <input type="radio"/> 3. No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5. 16.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9 16.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
17. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 21.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1. Homicidio <input type="radio"/> 2. Suicidio <input type="radio"/> 3. Se ignora <input type="radio"/> 9 21.2 ¿Ocurrió en el momento de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1. No <input type="radio"/> 2. Se ignora <input type="radio"/> 9 21.3 ¿Ocurrió en: Vivienda particular <input type="radio"/> 0. Área deportiva <input type="radio"/> 3. Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4. Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 5. Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6. Se ignora <input type="radio"/> 9 21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) 21.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 21.6 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 21.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 21.8 Núm. Exterior 21.9 Núm. Interior 21.10 21.11 Código Postal 21.12 Localidad 21.13 Municipio o delegación 21.14 Entidad federativa	
18. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
19. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 22.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1. Médico legista <input type="radio"/> 2. Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3. Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4. Autoridad civil <input type="radio"/> 5. Otro <input type="radio"/> 8 22.2 Nombre del certificador 22.3 Número de la cédula profesional 22.4 Fecha de expedición 22.5 Fecha de registro	
20. DOMICILIO Y TELÉFONO 20.1 Tipo de vivienda 20.2 Núm. Exterior 20.3 Núm. Interior 20.4 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.6 Nombre del asentamiento humano 20.7 Código Postal 20.8 Localidad 20.9 Municipio o delegación 20.10 Entidad federativa	
21. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 21.1 Localidad 21.2 Municipio o delegación 21.3 Entidad federativa	
22. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 22.1 Localidad 22.2 Municipio o delegación 22.3 Entidad federativa 22.4 Día 22.5 Mes 22.6 Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 113  
 Fracc. I  
 LFTAIP  
 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

S89



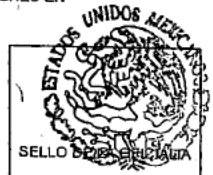
OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO
LIBRO 06	LOCALIDAD
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO	
NOMBRE: _____	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO)	_____ (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: _____	ESTADO CIVIL: _____
IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)
GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE _____	NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE _____ (FINADO)	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE _____ (FINADA)	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION: _____	HORA: 19:30
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____
UBICACION: _____	NUEVO MUNICIPAL
ORDEN NO.: _____	
DONDE FALLECIO: _____	IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) _____	
B) B) _____	
C) C) _____	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____	
DOMICILIO: _____	IGUALA, GUERRERO
DECLARANTE	
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____
TESTIGOS	
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: _____	OCUPACION: COMERCIANTE
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: _____	OCUPACION: EMPLEADO
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



SELO DE LA OFICINA  
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, OAG.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018

Art. 113  
Frac. I

Motivacion 2

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de Diciembre 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**                      **FECHA**                      **UBICACIÓN**

✓ [REDACTED]                      28/11/2017                      [REDACTED]  
[REDACTED]                      Funerales Bueda

\* [REDACTED]                      30/11/2017                      [REDACTED]

SEMANA DEL 27 DE Diciembre



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]  
OTZINAP ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE PANTEONES  
2015 - 2018  
**RECIBIDO**  
Fecha 05/12/17 Hora 17:15hrs  
Recibo Arcia TarrA



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

ACTA DE DEFUNCION

586

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED] O(S) Género [REDACTED]

Lugar de Nacimiento -- GUERRERO Ocupación [REDACTED]

Domicilio [REDACTED] IGUALA GUERRERO

Estado Civil [REDACTED] Nacionalidad [REDACTED]

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. [REDACTED]

En el \_\_\_\_\_

Ubicado en \_\_\_\_\_

Fecha de la Defunción [REDACTED] Hora Defunción 10:36

Lugar de la Defunción [REDACTED] CIUDAD DE MEXICO

Causa(s) de la Muerte [REDACTED]

Médico que Certifica [REDACTED] Cédula Profesional [REDACTED]

Domicilio del Médico [REDACTED] CIUDAD DE MEXICO

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED]

Parentesco con el Finado NINGUNO

Nacionalidad MEXICANA

Domicilio [REDACTED] TLAZAMAPA, TLALPAN MEXICO D.F.

ANOTACIONES:  
 LA INHUMACION SERA EN EL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA ESTADO DE GUERRERO

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fe EL JUEZ 14° DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ [REDACTED] FIRMA DEL JUEZ [REDACTED]

LIC. [REDACTED] MOTZINARA

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No: Fecha: Firma:

No: Fecha: Firma:

PAGO DE DERECHOS \$ --- COMPROBANTE DE PAGO No. ---

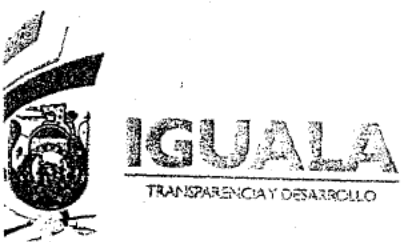
AMR - Dirección General del Registro Civil

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 27 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2017

EL C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

LIC. [REDACTED]

SBF



DIRECCION DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO  
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.  
2015 - 2018

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 30 noviembre de 2017.

Se autoriza a la C [redacted] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [redacted] en la primera Ampliación del Panteón Municipal.

EL AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO  
PANTEONES  
ATENTAMENTE  
[redacted]  
DIRECCION DE PANTEONES

MEXICANOS  
AL DE LA REPUBLICA  
L DE INVESTIGACIÓN  
V PARA EL CASO  
ZINAPA

588

Dr. Enrique López Montiel

MÉDICO INTERNISTA Y ULTRASONOGRAFISTA  
ELECTROCARDIOGRAFISTA, ELECTROENCEFALOGRAFÍA CON MAPEO CEREBRAL  
Centro Médico Nacional Siglo XXI Ced. Prof. 883808 Ced. Especialista 3352557

Fecha: 29.nov.2017 Nombre:

Al Centro de Salud

Se solicita formato de certificado de defunción de la Sra. [redacted] años de edad, fallecida el día de hoy a las 7.20 hrs

Causas de la defunción:

Probable [redacted] 6 meses

[redacted]: 4 semanas

litiasis vesicular; años [redacted]

*Enrique López Montiel  
Ced. Prof. 883808*



CLÍNICA DE ESPECIALIDADES  
"PARÍS"  
Madero #23 Iguala, Gro.

URGENCIAS LAS 24 HORAS.  
TELS. CONSULTORIO: 333 36 16 / 333 75 78  
PARTICULAR: 333 24 93



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCAL PARA EL CASO  
OTZINAPA

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



# ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL

589



NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE **NACIMIENTO** EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

## ACTA DE NACIMIENTO

OFICIALÍA	LIBRO	ACTA	CURP	CRIP	FECHA DE REGISTRO
LOCALIDAD			MUNICIPIO O DELEGACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA			IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		GUERRERO

### DATOS DEL REGISTRADO

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] HORA DE NACIMIENTO: 23:00

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD IGUALA DE LA INDEPENDENCIA MUNICIPIO GUERRERO PAÍS MEXICO

REGISTRADO:  VIVO  MUERTO SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

COMPARECIÓ:  PADRE  MADRE  AMBOS  PERSONA DISTINTA  REGISTRADO

### DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

EDAD: 29 NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

EDAD: 29 NACIONALIDAD: MEXICANA

### DATOS DE LOS ABUELOS

ABUELO PATERNO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

ABUELA PATERNA: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

ABUELO MATERNO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] (FINADO)

ABUELA MATERNA: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

### PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

### OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN LA CIUDAD DE IGUALA, GRO. A LOS 02 DIAS DE ABRIL DEL 2016 DOY FE.

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
CONTINUA EL CASO



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

LI [REDACTED] NOMBRE Y FIRMA

COTEJO:  
MAB





# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017  
FOLIO

590



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio habitual donde vivía el fallecido (a) CALLE _____ 10.1 Tipo de vialidad CASA _____	
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA		10.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO		10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____	
10.9 Municipio o delegación IGUALA		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
11.2 Nivel de escolaridad _____		11.3 Nivel de escolaridad _____		11.4 Nivel de escolaridad _____		11.5 Nivel de escolaridad _____	
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.2 Nivel de escolaridad _____		12.3 Nivel de escolaridad _____		12.4 Nivel de escolaridad _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		13.2 Nivel de escolaridad _____		13.3 Nivel de escolaridad _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Clínica de especialidades PARIS		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Tipo de vialidad Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN CLINICA _____ 15.1 Tipo de vialidad CLINICA DE ESPECIALIDADES PARIS		15.2 Tipo de asentamiento humano IGUALA		15.3 Nombre del asentamiento humano GUERRERO		15.4 Tipo de asentamiento humano IGUALA	
15.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA		15.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO		15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____	
15.9 Municipio o delegación IGUALA		15.10 Entidad federativa GUERRERO		16.1 Tipo de asentamiento humano IGUALA		16.2 Tipo de asentamiento humano IGUALA	
16.3 Tipo de asentamiento humano IGUALA		16.4 Tipo de asentamiento humano IGUALA		16.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA		16.6 Tipo de asentamiento humano IGUALA	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 meses 4 semanas años años	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE ENTRE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos al parto <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE LA CAUSA: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.1 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.3 Tipo de vialidad Calle _____	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Nombre de la vialidad CALLE _____		22.7 Tipo de asentamiento humano IGUALA	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.8 Localidad IGUALA		22.9 Municipio o delegación GUERRERO		22.10 Entidad federativa GUERRERO	
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA		22.7.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO		22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____	
22.7.9 Municipio o delegación GUERRERO		22.7.10 Entidad federativa GUERRERO		23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE CALLE _____ 28.1 Tipo de vialidad CLINICA PARIS	
28.1 Tipo de vialidad CLINICA PARIS		28.2 Nombre de la vialidad IGUALA		28.3 Tipo de asentamiento humano IGUALA		28.4 Tipo de asentamiento humano GUERRERO	
28.5 Tipo de asentamiento humano GUERRERO		28.6 Tipo de asentamiento humano GUERRERO		28.7 Tipo de asentamiento humano GUERRERO		28.8 Tipo de asentamiento humano GUERRERO	
28.9 Municipio o delegación GUERRERO		28.10 Entidad federativa GUERRERO		28.11 Teléfono _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA Art. 140 JUZGADO Fracc. V, VII Libro Núm. _____		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____		32. MOTIVACIÓN 1 MOTIVACIÓN 1		32. MOTIVACIÓN 2 MOTIVACIÓN 2	

Motivación 1: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

# PANTEON MUNICIPAL

# PRIMERA

# • AMPLIACION

2017

GENERAL DE LA REPUBLICA  
SPECIAL DE INVESTIGACION  
ACION PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

# " DICIEMBRE "

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de Diciembre 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
* [REDACTED]	07/12/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	09/12/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda

Constancia de hubiracion [REDACTED]  
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

constancia de hubiracion [REDACTED] [REDACTED] ampliacion

SEMANA DEL 04 DE 10 DE Diciembre



ATENTAMENTE

AL DE [REDACTED]  
AL DE INVESTIGACION [REDACTED]  
ON PAR [REDACTED]  
TZINAPA ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE  
PANTEONES  
2015 - 2018

**RECIBIDO**

Fecna 12/10/17 Hora 11:30hrs  
Recibio Ardo Tovar A.

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

893

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana  Otra  Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL En unión libre  Separado(a)  Vido(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Colonia [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Localidad [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Guerrero

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] 11.2 Trabajo  Incompleta  Se ignora

12.1 Trabajaba SI  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  IMSS  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS PROSPERA  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  Unidad médica pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave de la unidad médica [Redacted] 14.3 Tipo de vialidad [Redacted] 14.4 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 14.5 Localidad [Redacted] 14.6 Municipio o delegación [Redacted] 14.7 Entidad federativa [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Colonia Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Localidad [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  No  Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECRÓPSIA? SI  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE UNA 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante El embarazo  El parto  El puerperio  43 días a 11 meses después del parto o aborto  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  No  22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

22.1.1 Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora

22.2.1 Área industrial (taller, fábrica u obra)  Área deportiva (calle o carretera (vía pública))  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Se ignora

22.3.1 Área industrial (taller, fábrica u obra)  Área deportiva (calle o carretera (vía pública))  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE DEL INFANTE [Redacted] 23.1 Tipo de vialidad [Redacted] 23.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 23.3 Núm. Exterior [Redacted] 23.4 Núm. Interior [Redacted] 23.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 23.6 Localidad [Redacted] 23.7 Municipio o delegación [Redacted] 23.8 Entidad federativa [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICANTE Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Nombre [Redacted] 26.2 Número de la cédula profesional [Redacted] 26.3 Firma [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] 27.1 Tipo de vialidad [Redacted] 27.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 27.3 Núm. Exterior [Redacted] 27.4 Núm. Interior [Redacted] 27.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 27.6 Localidad [Redacted] 27.7 Municipio o delegación [Redacted] 27.8 Entidad federativa [Redacted]

28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]

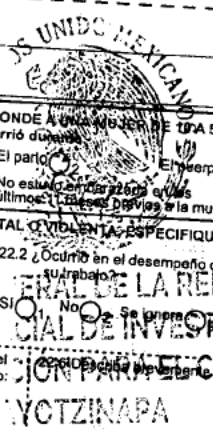
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Localidad [Redacted] 29.7 Municipio o delegación [Redacted] 29.8 Entidad federativa [Redacted]

30. FECHA DE REGISTRO [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 31.1 Acta Núm. [Redacted] 31.2 Libro Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] 32.5 Mes [Redacted] 32.6 Año [Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



Art. 110 Fracc. V, LFTAIP Motivación 1  
Art. 113 Fracc. V, LFTAIP Motivación 2



599

Nº 0608

Iguala de la independencia, Gro., a 9 del mes DICIEMBRE del 2017.

Se autoriza al HELEN RUEDA MAZON con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #418 tel. no. 3326595 la inhumación de la persona [REDACTED] respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

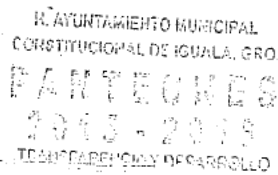
**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE



(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de Diciembre 2017

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARÍAZ  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	15/12/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		
[REDACTED]		
[REDACTED]	16/12/2017	[REDACTED]
		Funerales Rueda

SEMANA DEL 11 DE Diciembre



GENERAL DEL ATENTAMENTE  
JALISCO DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO  
OT

ADMINISTRADOR

*Recabi  
18-Dic-2017  
Malt.*



DIRECCION DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO  
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.  
2015 - 2018

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Iguala Gro, a 15 diciembre de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Antiguo Municipal.

P.A.  
ATENTAMENTE  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO  
DIRECCION DE PANTEONES  
C. [REDACTED]  
DIRECCION DE PANTEONES  
2018  
CIA Y DESARROLLO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
FEDERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FEDERAL PARA EL CASO  
FEDERAL TOTZINAPA

S97

SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS,  
PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD.  
FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BUSQUEDA DE PERSONAS  
DESAPARECIDAS.

**PGR**  
PROCURADURÍA GENERAL  
DE LA REPÚBLICA



OFICIO: FEBPD/23032/2017

ASUNTO: SE AUTORIZA TRASLADO

Ciudad de México, a 14 de diciembre del 2017.

**AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES  
PRESENTES.**

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/2015, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por el C. Procurador General de la República, que por medio del presente oficio se solicita a todas y cada una de las **Autoridades Civiles y Militares**, presenten apoyo al o los portadores del presente con el objeto de no obstaculizar el traslado de la Ciudad de México al Municipio de Iguala, estado de Guerrero, de los restos óseos de la persona del sexo masculino quien en vida llevara el nombre de [REDACTED] de [REDACTED] ANOS de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el acta de defunción con número de folio [REDACTED] [REDACTED], debidamente suscrito y firmado por la doctor [REDACTED] en el cual se señala que la causa de defunción del hoy occiso fue por [REDACTED] [REDACTED], sin soslayar que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que exista alguno pendiente por practicar.

Lo anterior para los fines legales a que haya lugar.

**ATENTAMENTE**  
**"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN"**  
EL C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN.

[REDACTED]  
TITULAR DE LA MESA 3 DE LA FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BUSQUEDA DE PERSONAS  
DESAPARECIDAS.

Calle Ignacio L. Vallarta 13, piso 1° Col. Tabacalera, Del. Cuauhtémoc, Ciudad de México, DF 06030  
t. +52 (55) 5346 4241 | 5346 4219. Correo: frivero@pgr.gob.mx

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

598



OFICIALIA: 01 FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER   
 NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 00:00

LUGAR: VIA PUBLICA CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] PANTEON FORENSE: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] GUERRERO ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] A INDEPENDENCIA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [REDACTED] DE CUELLO.  
 B) [REDACTED]  
 C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CUAUHEMOC, CD. DE MEXICO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: AV. PASEO DE LA REFORMA, CIUDAD DE MEXICO OCUPACION: SERVIDOR PUBLICO

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: SERVIDOR PUBLICO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: SERVIDOR PUBLICO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
 SUBPROGRAMA DE ATENCION A VICTIMAS DE DELINCUENCIA ORGANIZADA, U. ESPECIALIZADA EN  
 INV. DE PERSONAS DESAPARECIDAS O NO LOCALIZADAS. OFICIO: PGR/SEIDO/UEIDMS/SBPNU/1184/2017. AV.  
 PREV. HONORARIO DE FIDELIDAD 118204. CIUDAD DE MEXICO, A 08 DE NOVIEMBRE DE 2017  
 YOTZINAPA

[REDACTED]  
TESTIGO

[REDACTED]  
DECLARANTE

[REDACTED]  
TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN  
ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
 SELLO DE LA OFICIALIA  
 H. AYUNTAMIENTO  
 CONSTITUCIONAL  
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.  
 OFICINA 01 DEL  
 REGISTRO CIVIL  
 2015-2019

*"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"*

**Iguala Gro, a 18 diciembre de 2017.**

698

Se autoriza a la C. [REDACTED] a condonación del pago de Apertura de fosa para la inhumación, de: [REDACTED] en el [REDACTED] sección de la primera ampliación del Panteon Antiguo Municipal.

ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
DIRECCIÓN DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCAL PARA EL CASO  
YOTZINAPA

600

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la independencia, Gro., a 24 de Diciembre 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	20/12/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda
[REDACTED]	23/12/2017	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda

SEMANA DEL 18 AL 24 DE Diciembre

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

[REDACTED]

[REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE  
PANTEONES  
2015 - 2018

### RECIBIDO

Fecha 08/01/18 Hora 9:40hrs  
Recibo Archa Tovar D

ADMINISTRADOR





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE APLICACION

602



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]	
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 00:00	
LUGAR: [REDACTED]	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]	
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]		
B) [REDACTED]		
C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]	CENTRO, IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADA	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_

DECLARANTE \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARIA DE SALUD  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018



**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 23 del mes DICIEMBRE del 2017

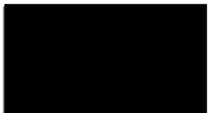
Se autoriza al C. MELLEN Q. RUEGA MAZÓN con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #45 tel. no. 33265951 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido un día en sábados, domingos y días festivos.



ERAL DE LA REPÚBLICA  
IAL DE INVESTIGACIÓN TAMENTE  
IÓN PARA EL CASO  
YOTZINAPA

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECTOR DE PANTEONES.**

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

609

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 31 de Diciembre 2017

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	26/12/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Valladares
[Redacted]	28/12/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales Rueda
[Redacted]	29/12/2017	[Redacted]
[Redacted]		Funerales D' Dios

SEMANA DEL 25 DE Diciembre



ATENTAMENTE  
[Redacted]  
YOTZINAPA ADMINISTRADOR



IGUALA  
TRANSPARENCIA Y  
DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE PANTEONES  
2015 - 2018  
**RECIBIDO**  
Fecha 08/01/18 Hora 9:45hrs  
Recibo Arde Taura



**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 26 del mes DICIEMBRE del 2017.

Se autoriza al C. FUNERALES VALLADARES con domicilio CALLE TRUPO FIGUEROA # 58 COL. 24 DE FEBRERO tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL [REDACTED]  
YOTZINAPA DIRECTOR DE PANTEONES.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
DIRECCION DE PANTEONES  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

606

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de asentamiento humano		15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Localidad	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORAS DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN NIÑO DE 0 A 54 AÑOS	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo en los últimos 43 días antes de la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación	
29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
31.1 Localidad		31.2 Lugar y fecha de registro		31.3 Localidad	
31.4 Año		31.5 Municipio o delegación		31.6 Entidad federativa	

Art. 110 Fracc. V. LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

607



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
IGUALA	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 06:00	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	MUNICIPIO
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	P.G. IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO: IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: IGUALA, GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADA	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS  
SECRETARIA DE LA REPUBLICA  
SECRETARIA DE INVESTIGACION  
ON PARA EL CASO  
DITINADA

FIRMAS  
TESTIGO TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N.º... LIC. ... FIRMA SELLO DE LA OFICIALIA



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

608

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes Diciembre del 2017.

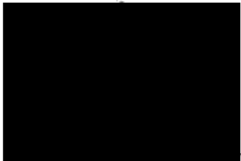
Se autoriza al C. Funerales De Dios con domicilio Col. Zapata tel. no. 733 1198461 a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

☎ (733) 33 396 00 Ext. 150

✉ [presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

📍 Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

609

# PANTEON MUNICIPAL

# PRIMERA

# • AMPLIACION

€ 2018 €

SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

# “ENERO”

PANTEON MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

610

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 07 de Enero de 2018

D.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARIAS  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

01/01/2018

Funerales Uciostesul



EL DÍA DEL 01 AL 07 DE Enero

PROFESOR GENERAL DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
DE LA FISCALÍA GENERAL PARA EL CASO  
OTZINAPA ATENTAMENTE



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE PANTEONES  
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 8/1/18 Hora 9:40hrs  
Recibido Pedro Tarrón

C.

ADMINISTRADOR



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

611

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0634

Iguala de la independencia, Gro., a 1 del mes Enero del 2018.

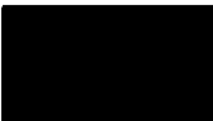
Se autoriza al C. Funerales Uricostagi con domicilio periferico sur sin tel. no. 3341728 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE,



GERAL DE LA REPÚBLICA  
ECIAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO DIRECTOR DE PANTEONES.  
AYOTZINAPA

SECRETARÍA DE GOBIERNO  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE TURISMO, CULTURA Y FERIA  
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES  
SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y OBRAS PÚBLICAS  
SECRETARÍA DE DESARROLLO RURAL Y TERRITORIO  
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO  
SECRETARÍA DE FOMENTO SOCIAL  
SECRETARÍA DE FOMENTO TURÍSTICO  
SECRETARÍA DE FOMENTO URBANO  
SECRETARÍA DE FOMENTO VIAL  
SECRETARÍA DE FOMENTO ZONAL  
SECRETARÍA DE FOMENTO ZONAL DE LA SIERRA  
SECRETARÍA DE FOMENTO ZONAL DE LA SIERRA DE LOS TROPICOS  
SECRETARÍA DE FOMENTO ZONAL DE LA SIERRA DE LOS TROPICOS DE LA SIERRA DE LOS TROPICOS

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

612

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

recibi  
caty 01-16-18

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 14 de Enero de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[Redacted]

11/01/2018

[Redacted]

Funerales "Cristo Rey"



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
JUDICIAL PARA EL CASO  
OTZINAPA

EMANA DEL 08 AL 14

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

613

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana  Otra  Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL En unión libre  Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Tipo de vialidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta  12. Trabajaba Sí  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES) [Redacted] 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted] 13.2 Tipo de vivienda pública  Hogar  Otro lugar  Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] Tipo de vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  No  Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  43 días a 11 meses después del parto o aborto  No estuvo embarazada en los 43 días antes del parto

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el presunto sitio de? Sí  No  Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Escuela u oficina pública  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Área industrial (taller, fábrica u obra)  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO DEL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  Médico legista  Otro médico\*  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil\*  Otro\*

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO [Redacted] Tipo de vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted]

29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted] Localidad [Redacted] Fecha [Redacted]

Art. 110 Fracc. V y VII LEY FEDERAL DE TRANSparencia

Art. 110 Fracc. I LEY FEDERAL DE TRANSparencia



PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

recibi  
3-01-2018.

Iguala de la Independencia, Gro., a 21 de Enero de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO  
ESTADUAL DE ENERO

EMANA DEL 15 AL 21 DE ENERO

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
ADMINISTRADOR

2018  
9-01

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 28 de enero de 2018

C.F. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	25/01/2018	[Redacted]
		Funerales Rueda



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCAL PARA EL CASO

SEMANA DEL 22 AL 28 DE enero

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

616

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS CAMBIOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
5. CURP		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		GUERRERO			
8. EDAD CUMPLIDA		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
Para menores de una hora		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
Para menores de un día		En unión libre <input type="radio"/> 4		Viduo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5			
Para menores de un mes		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
Para menores de un año		9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6			
Para personas de un año o más		En unión libre <input type="radio"/> 4		Viduo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5			
Años cumplidos		10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		CALLE			
39		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior			
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal			
10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
IGUALA		IGUALA		GUERRERO			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		13.1 Número de seguridad social o afiliación		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7			
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación		C. H. ISSSTE IGUALA			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
3		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior			
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal			
15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa			
IGUALA		IGUALA		GUERRERO			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) [Redacted]</p> <p>b) [Redacted]</p> <p>c) [Redacted]</p> <p>d) [Redacted]</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte:</p> <p>7 DIAS</p> <p>8 DIAS</p> <p>9 DIAS</p> <p>9 DIAS</p> <p>Código CIE</p>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el establecimiento?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Área deportiva <input type="radio"/> 3		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.2 Nombre de la vialidad		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.4 Núm. Interior		22.7.3 Núm. Exterior		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.4 Núm. Interior		Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.7 Código Postal		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.8 Localidad		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7.10 Entidad federativa		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR			
Nombre(s)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3			
Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE			
Especifique		Especifique		Nombre(s)			
27. NOMBRE		27. NOMBRE		Primer Apellido			
Nombre(s)		27. NOMBRE		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		28. FIRM			
29.2 Nombre del asentamiento humano		29.1 Tipo de vialidad		28. FIRM			
29.3 Código Postal		29.2 Nombre del asentamiento humano		28. FIRM			
29.4 Núm. Exterior		29.3 Código Postal		28. FIRM			
29.5 Núm. Interior		29.4 Núm. Exterior		28. FIRM			
29.6 Tipo de asentamiento humano		29.5 Núm. Interior		28. FIRM			
29.7 Localidad		29.6 Tipo de asentamiento humano		28. FIRM			
29.8 Localidad		29.7 Localidad		28. FIRM			
29.9 Municipio o delegación		29.8 Localidad		28. FIRM			
29.10 Entidad federativa		29.9 Municipio o delegación		28. FIRM			
29.11 Teléfono		29.10 Entidad federativa		28. FIRM			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		29.11 Teléfono		28. FIRM			
Día Mes Año		29.11 Teléfono		28. FIRM			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
Art. 110 Libro Núm.		32.1 Localidad		Art. 110 Libro Núm.			
Fracc. V, VII		32.2 Municipio o delegación		Fracc. V, VII			
LFTAIP		32.3 Entidad federativa		LFTAIP			
Motivación 1		32.4 Día Mes Año		Motivación 1			
Motivación 1		32.4 Día Mes Año		Motivación 1			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION  
CAOC450713HGRRL02

67

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO	
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	00:05
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	CENTRO, IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS  
DE INVESTIGACION  
PARA EL CASO  
TIZINAPA

FIRMAS  
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN  
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [Redacted]

SELO DE LA OFICIALIA  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 04 de Febrero de 2018

*Nota  
05-03-18*

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**

**FECHA**

**UBICACIÓN**

No. hubo

Inhumaciones



SEMANA DEL 29 AL 04 DE Febrero  
GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SOCIAL DE INVESTIGACIÓN  
CIENCIA Y TECNICA DEL CASO  
AYCIZINDEF

**ATENTAMENTE**

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

# PANTEON MUNICIPAL

## PRIMERA

### • AMPLIACION

€ 20183

•  
ERAL DE LA REPUBLICA  
IAL DE INVESTIGACIÓN  
ÓN PARA EL CASO  
TZINAPA

“ FEBRERO ”

Nat 4  
05-03-18

620

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMANACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 11 de Febrero 2017

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	05/2/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Rueda
[REDACTED]	06/02/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Rueda
[REDACTED]	11/02/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales San Pablo
[REDACTED]	06/02/2018	[REDACTED]

SEMANA DEL 05 DE 11 DE Febrero



ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SOCIAL DE INVESTIGACION  
CIÓN PA [REDACTED]  
YOTZINAPA  
ADMINISTRADOR



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0672

Iguala de la independencia, Gro., a 5 del mes FEBRERO del 2018.

Se autoriza a C. [REDACTED] con domicilio en CARR. FED. IGUALA-CHICAHUAPAN Y KAPUCHI CUA tel. no. 331144838 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



**ATENTAMENTE**  
GENERAL DE LA REPUBLICA  
ECIAL DE INVESTIGACION  
ACION PARA EL CASO  
AYOTZINAB  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero










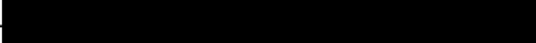
**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes febrero del 2018.

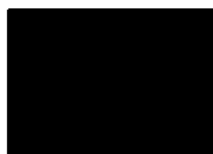
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
COMISIÓN PARA EL ESTADO  
YOTZINAPA DIRECTOR DE PANTEONES.



(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

Nat  
0503-12

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 18 de Febrero de 2018

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	12/02/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	13/02/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Bueda
[REDACTED]	18/02/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		Funerales Gutierrez



SEMANA DEL 12 AL 18 DE FEBRERO DE 2018  
SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
ACCIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

625



DIRECCION DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO  
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.  
2015 - 2018

Iguala Gro, a 13 febrero de 2018.

Se autoriza al C. [redacted] la condonación del pago de Apertura de fosa para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [redacted] en el lote [redacted] sección de la primera Ampliación del Panteón Antiguo Municipal.

ATENTAMENTE  
C. [redacted]  
DIRECCION DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
DIRECCION DE PANTEONES  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCAL PARA EL CASO  
OTZINAPA

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

626



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

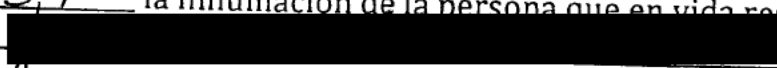
**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 18 del mes FEBRERO del 2018.

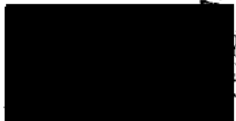
Se autoriza al C. FUNERALES GUTIERREZ con domicilio PERIFERICO ORIENTE tel. no. 2-10-34 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE  
GENERAL DE LA REPUBLICA  
FISCAL DE INVESTIGACION  
DIRECCION PARA EL CASO

  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

627

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)** [Redacted]  
**2. FECHA DE NACIMIENTO** [Redacted]  
**3. SEXO** Hombre  Mujer  Se ignora   
**4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** Guerrero  
**5. CURP** [Redacted]  
**6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** SI  No  Se ignora   
**7. NACIONALIDAD** Mexicana  Otra  Se ignora   
**8. EDAD CUMPLIDA** Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora   
**9. ESTADO CONYUGAL** En unión libre  Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora   
**10. RESIDENCIA HABITUAL** Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]  
**10.1** Tipo de vialidad [Redacted]  
**10.3** Núm. Exterior [Redacted] **10.4** Núm. Interior [Redacted] **10.5** Tipo de asentamiento humano [Redacted]  
**10.6** Localidad [Redacted] **10.7** Código Postal [Redacted] **10.8** Semanas de gestación: [Redacted] **10.9** Municipio o delegación [Redacted] **10.10** Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Guerrero

**11. ESCOLARIDAD** Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Tercera  Superior  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora   
**11.1** La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta  Se ignora   
**12. OCUPACIÓN HABITUAL** [Redacted] Se ignora   
**12.1** Trabajaba SI  No  Se ignora   
**13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora   
**13.1** Número de seguridad social o afiliación [Redacted]  
**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada   
**14.1** Nombre de la unidad médica [Redacted] **14.2** Clave Única de Establecimientos de Salud [Redacted]  
**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** [Redacted]  
**15.1** Tipo de vialidad [Redacted]  
**15.3** Núm. Exterior [Redacted] **15.4** Núm. Interior [Redacted] **15.5** Tipo de asentamiento humano [Redacted]  
**15.6** Nombre del asentamiento humano [Redacted] **15.7** Código Postal [Redacted] **15.8** Localidad [Redacted] **15.9** Municipio o delegación [Redacted] **15.10** Entidad federativa Guerrero

**17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** SI  No  Se ignora   
**18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** SI  No   
**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte, como asfixia, ahogamiento, asfixia, etc.)  
**PARTE I** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  
a) [Redacted] **Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte** [Redacted] **Código CIE** [Redacted]  
b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]  
c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]  
d) [Redacted]  
**PARTE II** Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

**20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** Código CIE [Redacted]  
**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 45 AÑOS**  
**21.1** Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses antes de la muerte   
**21.2** ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  No   
**21.3** ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  No   
**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:**  
**22.1** Fue un presunto: Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora   
**22.2** ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  No  Se ignora   
**22.3** ¿Ocurrió en un lugar público? SI  No  Se ignora   
**22.4** Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área deportiva (taller, fábrica u obra)  Granja (rancho o parcela)  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Otro  Se ignora   
**22.5** La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]  
**22.6** Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

**22.7** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]  
**22.7.1** Tipo de vialidad [Redacted] **22.7.2** Nombre de la vialidad [Redacted]  
**22.7.3** Núm. Exterior [Redacted] **22.7.4** Núm. Interior [Redacted] **22.7.5** Tipo de asentamiento humano [Redacted] **22.7.6** Nombre del asentamiento humano [Redacted]  
**22.7.7** Código Postal [Redacted] **22.7.8** Localidad [Redacted] **22.7.9** Municipio o delegación [Redacted] **22.7.10** Entidad federativa Guerrero

**23. NOMBRE DEL INF.** [Redacted]  
**24. PARENTESCO DEL(LA) FALLECIDO(A)** [Redacted]  
**25. CERTIFICADA POR** Médico tratante  Médico legista  Otro médico\*  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil\*  Otro\*   
**26. SI EL CERTIFICANTE ES:** Médico profesional  Otro profesional  Otro   
**27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE** [Redacted] **28. Domicilio y teléfono del certificante** [Redacted]  
**29. DOMICILIO Y TELÉFONO** [Redacted]  
**29.1** Tipo de vialidad [Redacted] **29.2** Nombre de la vialidad [Redacted] **29.3** Núm. Exterior [Redacted] **29.4** Núm. Interior [Redacted] **29.5** Tipo de asentamiento humano [Redacted]  
**29.6** Nombre del asentamiento humano [Redacted] **29.7** Código Postal [Redacted] **29.8** Localidad [Redacted] **29.9** Municipio o delegación Guerrero **29.10** Entidad federativa Guerrero

**30. FECHA DE CERTIFICACIÓN** Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]  
**31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO** Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]  
**32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO** **32.1** Localidad [Redacted] **32.2** Municipio o delegación [Redacted] **32.3** Entidad federativa Guerrero **32.4** Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS POR LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

Art. 110. El personal del registro civil debe remitir este original a la Secretaría de Salud. Fracc. I LFTAIP Motivación 1

Art. 113. Fracc. I LFTAIP Motivación 2

Not  
05-03-18

628

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de Febrero de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	24/02/2018	[Redacted]
[Redacted]		Foncales Bueda



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA ESPECIAL PARA EL CASO  
YOTZINAPA

SEMANA DEL 19 AL 25 DE \_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0711

Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Febrero del 2018.

Se autoriza al C. Hellon O. Rueda Mazón con domicilio Av. Bandera Nacional #48, Centro tel. no. 2-65-95 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMUNIDAD  
MOTZINATA  
DIRECTOR DE PANTEONES.



(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx





Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes FEBRERO del 2018.

Se autoriza al Sr. HELEEN O. RUEDA MARTIN con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #48 con tel. no. 3326590 la inhumación de la persona que falleció al nombre de Sr. [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

GERAL DE LA REPÚBLICA  
CIAL DE INVESTIGA  
CIÓN PARA  
AYOTZINAPA DIRECTOR DE PANTEONES.

(33) 33 396 00 Ext. 150

residencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

71

AMPLIACION

€2018€



GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
FEDERAL PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

"MARZO"

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

Alcay  
05-03-18

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 04 de Marzo de 2018

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**

**FECHA**

**UBICACIÓN**

[REDACTED]	<u>27/02/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>02/03/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>02/03/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>02/03/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>04/03/2018</u>	[REDACTED]



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
ECIAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO

SEMANA DEL 26 AL 31 DE Marzo

**ATENTAMENTE**

[REDACTED SIGNATURE]

**ADMINISTRADOR**



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

033



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO	ACTA N.	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: ANOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO	MEXICO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		
(LOCALIDAD)	CHILAPA DE ALVAREZ	MEXICO
	(MUNICIPIO)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	01:00
LUGAR: VIA PUBLICA	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	NUEVO MUNICIPAL
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	E ALVAREZ, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A)		
B) B)		
C)		
TIPO DE DEFUNCION:	VIOLENTA	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	644277	
DOMICILIO:	GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO:	IGUALA, GUERRERO	Ocupacion: EMPLEADO
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO:		Ocupacion: EMPLEADO
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO:		Ocupacion: EMPLEADO
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE GUERRERO, AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO DE CHILAPA		
CI: 1204030 No. 01 DEL REGISTRO CIVIL DE LOS BRAVO, GUERRERO, 8 DE FEBRERO DE 2018		
YCTZINAPA		

FIRMAS

TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.		
[Firma]	[Firma]	[Firma]
EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL		FIRMA

M. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, ORO  
SELO DE LA FISCALIA DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018



Art. 110  
Fracc. V y VI  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113  
LFTAIP  
Motivación 2



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

634

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
	2. [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>GUERRERO</b>
	5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____		Se ignora <input type="radio"/>
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>		
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>CALLE _____</b> 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ <b>820 COLONIA CENTRO</b> 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>GUERRERO</b>		
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN CALLE _____ 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ <b>15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>CHILAPA DE ALVAREZ GUERRERO</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE EL CASO 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		
	DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>BOULEVARD _____</b> 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ <b>POTRERITO</b> 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ <b>CHILPARCINGO DE LOS BRAVO GUERRERO</b> 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____			
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



Dependencia: Fiscalía General del Estado de Guerrero

Sección: Agencia del Ministerio Público Chilapa.

Cl: [REDACTED]

Oficio Número: 572.

Asunto: Se Comunica Fallecimiento

Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, a los 08 días del mes de febrero del año 2018.

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
IGUALA, GUERRERO.  
P R E S E N T E.

POR MEDIO DEL PRESENTE Y EN CUMPLIMIENTO A MI ACUERDO DE ESTA FECHA, COMUNICO A USTED, QUE CON ESTA MISMA FECHA FUE IDENTIFICADO LA PERSONA DEL SEXO MASCULINO QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]

[REDACTED] DE QUIEN PROPORCIONARON LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE:	[REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]
EDAD:	[REDACTED]
ORIGINARIO:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]
PADRES:	PADRE: [REDACTED] MADRE: [REDACTED]
RELIGIÓN:	[REDACTED]
GRADO DE ESTUDIOS:	[REDACTED]
OCUPACIÓN:	[REDACTED]
ESTADO CIVIL:	[REDACTED]
FECHA DE LEVANTAMIENTO:	[REDACTED]
LUGAR DE LEVANTAMIENTO:	[REDACTED] COLONIA MAGISTERIAL CHILAPA GUERRERO.
CAUSA DE MUERTE:	[REDACTED]
MÉDICO FORENSE:	DR. [REDACTED]
LUGAR DE INHUMACIÓN:	PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO.

SIN OTRO PARTICULAR, RECIBA UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE  
EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN

LICENCIADO [REDACTED]

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación

FGE • | Fiscalía Regional Zona Centro  
Boulevard René Juárez Cisneros S/N Colonia El Potrerito Código Postal 39090 Chilpancingo de los Bravo, Guerrero  
Teléfono 01(747) 47 1 94 07

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP



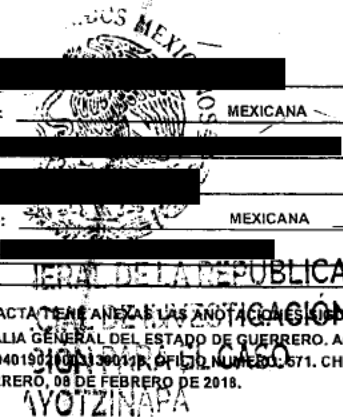
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

636



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
ACTA No.		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO
NOMBRE: [REDACTED]		SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 01:00	
LUGAR: VIA PUBLICA	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]		
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: [REDACTED] E ALVAREZ, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] PANCINGO, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED] UALA, GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADO	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADO	
<p>LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE GUERRERO. AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO. CHILAPA CI:12040190100130017P. OFICIO NUMERO 671. CHILPANCINGO DE LOS BRAVO, GUERRERO, 08 DE FEBRERO DE 2018.</p>		



FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GO. SELLO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

687

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1/ Mujer <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO GUERRERO	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1/ Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____		Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4/ Separado(a) <input type="radio"/> 6/ Divorciado(a) <input type="radio"/> 3/ Viudo(a) <input type="radio"/> 2/ Soltero(a) <input type="radio"/> 1/ Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1/ Preescolar <input type="radio"/> 12/ Primaria <input type="radio"/> 3/ Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5/ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7/ Profesional <input type="radio"/> 8/ Posgrado <input type="radio"/> 10/ Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1/ Incompleta <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1/ ISSSTE <input type="radio"/> 3/ SEDENA <input type="radio"/> 5/ Seguro Popular <input type="radio"/> 7/ Otra <input type="radio"/> 8/ IMSS <input type="radio"/> 2/ PEMEX <input type="radio"/> 4/ SEMAR <input type="radio"/> 6/ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10/ Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1/ IMSS <input type="radio"/> 3/ PEMEX <input type="radio"/> 5/ SEMAR <input type="radio"/> 7/ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2/ ISSSTE <input type="radio"/> 4/ SEDENA <input type="radio"/> 6/ Otra unidad pública <input type="radio"/> 8/ Unidad médica privada <input type="radio"/> 9/ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input checked="" type="radio"/> 10/ Otro lugar <input type="radio"/> 12/ Hogar <input type="radio"/> 11/ Se ignora <input type="radio"/> 99		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1/ El parto <input type="radio"/> 2/ El puerperio <input type="radio"/> 3/ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4/ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5/		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1/ Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2/ Suicidio <input type="radio"/> 3/ Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0/ Área deportiva <input type="radio"/> 3/ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1/ Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 4/ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2/ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5/ Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Unidad Cotianguana _____	
22.5 La defunción fue registrada en el _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio PERSONA _____		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. _____ EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1/ Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2/ Otro médico* <input type="radio"/> 3/ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4/ Autoridad civil <input type="radio"/> 5/ Otro* <input type="radio"/> 8/ *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		33. _____		34. _____	

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2





Dependencia: Fiscalía General del Estado de Guerrero

Sección: Agencia del Ministerio Público Chilapa.

CI: [REDACTED]

Oficio Número: 571.

Asunto: Se Comunica Fallecimiento

Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, a los 08 días del mes de febrero del año 2018.

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
IGUALA, GUERRERO.  
PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE Y EN CUMPLIMIENTO A MI ACUERDO DE ESTA FECHA, COMUNICO A USTED, QUE CON ESTA MISMA FECHA FUE IDENTIFICADO LA PERSONA DEL SEXO FEMENINO QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]

DE QUIEN PROPORCIONARON LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE:	[REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]
EDAD:	[REDACTED]
ORIGINARIO:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]
PADRES:	PADRE: [REDACTED] MADRE: [REDACTED]
RELIGIÓN:	[REDACTED]
GRADO DE ESTUDIOS:	[REDACTED]
OCUPACIÓN:	[REDACTED]
ESTADO CIVIL:	[REDACTED]
FECHA DE LEVANTAMIENTO:	[REDACTED]
LUGAR DE LEVANTAMIENTO:	CALLE [REDACTED] CHILAPA GUERRERO.
CAUSA DE MUERTE:	[REDACTED]
MÉDICO FORENSE:	DR. [REDACTED]
LUGAR DE INHUMACIÓN:	PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO.

SIN OTRO PARTICULAR, RECIBA UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE

EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN

FISCALÍA GENERAL  
DEL ESTADO DE GUERRERO  
AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO  
COMÚN DEL DISTRITO JUDICIAL  
CHILAPA, GUERRERO.  
**LICENCIADO**

FGE • | Fiscalía Regional Zona Centro

Boulevard René Juárez Cisneros S/N Colonia El Potrerito Código Postal 39090 Chilpancingo de los Bravo, Guerrero

Teléfono 01(747) 47 1 94 07

Art. 113

Frac. I

LFTAIP

Art. 110

Frac. V, VII

LFTAIP

Motivación

ón 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

639

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
RO		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>	
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
	AÑOS MESES DIAS HORAS	
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO	(PAIS)
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL: SOLTERA	
(LOCALIDAD)	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	(PAIS)
	CHILAPA DE ALVAREZ GUERRERO MEXICO	(ENTIDAD FEDERATIVA)
	(MUNICIPIO)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 12:00	
LUGAR: VIA PUBLICA	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	NUEVO MUNICIPAL	
UBICACION: LOTE 431 PRIMERA SECCION, PRIMERA AMPLIACION	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 828826		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	

LA PRESENTE ACTA TIENE HECHAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:  
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE GUERRERO. AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO CHILAPA OFICIO NUM: 575.  
CI: 12040173000310014. CHILPANCINGO DE LOS BRAVO, GUERRERO, 8 DE FEBRERO DE 2018

ERAL DE LA REPUBLICA  
CIAL DE INVESTIGACION  
ION PARA EL CASO  
YOTZINAPA

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

M. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
SECCION DE LA OFICIALIA DE REGISTRO CIVIL  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2018-2019

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE EMITIR ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO CIVIL

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)** [Redacted]

**2. FECHA** [Redacted] **3. SEXO** Hombre  Mujer  Se ignora

**4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** GUERRERO

**5. CURP** [Redacted]

**6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** SI  No  Se ignora

**7. NACIONALIDAD** Mexicana  Otra  Se ignora

**8. EDAD CUMPLIDA** Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora

**9. ESTADO CONYUGAL** En unión libre  Separado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Se ignora

**10. RESIDENCIA HABITUAL** Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) **CALLE** [Redacted] **COLONIA** [Redacted] **MUNICIPIO** [Redacted] **ENTIDAD FEDERATIVA** [Redacted]

**11. ESCOLARIDAD** Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora

**12. OCUPACIÓN HABITUAL** NINGUNA  Se ignora

**13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  Unidad médica pública  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** **COLONIA** [Redacted] **MUNICIPIO** CHILAPA DE ALVAREZ **ENTIDAD FEDERATIVA** GUERRERO

**16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** SI  No  Se ignora

**17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** SI  No

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

**PARTE I** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

**PARTE II** Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

**20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** Código CIE [Redacted]

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE VIDA ANOS** 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  43 días a 11 meses después del parto o aborto  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE** 22.1 Fue un presunto: Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora

**22.2** ¿Ocurrió en el momento de su trabajo? SI  No  Se ignora

**22.3** Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra)  Área deportiva  Vivienda colectiva (vivienda pública)  Calle o carretera (vía pública)  Escuela u oficina  Área comercial o de servicio  Se ignora

**22.4** Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): [Redacted]

**22.5** La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 12040190300038030210.

**22.6** Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

**22.7** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: **BOULEVARD** [Redacted] **COLONIA** [Redacted] **MUNICIPIO** CHILPANCINGO **ENTIDAD FEDERATIVA** GUERRERO

**23. NOMBRE** [Redacted] **24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)** [Redacted]

**25. CERTIFICADA POR** Médico tratante  Médico legista  Otro médico\*  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro\*

**26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO** [Redacted]

**27. NOMBRE** DR. [Redacted]

**29. DOMICILIO Y TELÉFONO** **BOULEVARD** [Redacted] **COLONIA** [Redacted] **MUNICIPIO** CHILPANCINGO **ENTIDAD FEDERATIVA** GUERRERO

**31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO** Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]

**32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO** 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art. 110. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 113  
 Fracc. I  
 LFTAIP  
 Motivación 2



Dependencia: Fiscalía General del Estado de Guerrero

Sección: Agencia del Ministerio Público Chilapa

Oficio Número: 575

CI: [REDACTED]

Asunto: Se Comunica Fallecimiento

Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, a los 08 días del mes de febrero del año 2018.

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
IGUALA, GUERRERO.  
P R E S E N T E.

POR MEDIO DEL PRESENTE Y EN CUMPLIMIENTO A MI ACUERDO DE ESTA FECHA, COMUNICO A USTED, QUE CON ESTA MISMA FECHA FUE IDENTIFICADO LA PERSONA DEL SEXO FEMENINO QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED] DE QUIEN PROPORCIONARON LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE:	[REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]
EDAD:	[REDACTED]
ORIGINARIO:	[REDACTED] INDEPENDENCIA GRO
DOMICILIO:	CHILAPA DE ALVAREZ GUERRERO.
PADRES:	PADRE: [REDACTED] (FINADO) MADRE: [REDACTED] (FINADA)
RELIGIÓN:	[REDACTED]
GRADO DE ESTUDIOS:	[REDACTED]
OCUPACIÓN:	[REDACTED]
ESTADO CIVIL:	[REDACTED]
FECHA DE LEVANTAMIENTO:	[REDACTED]
LUGAR DE LEVANTAMIENTO:	COMO BARRANCA [REDACTED]
CAUSA DE MUERTE:	[REDACTED]
MÉDICO FORENSE:	DR. [REDACTED]
LUGAR DE INHUMACIÓN:	[REDACTED] INDEPENDENCIA GUERRERO.

SIN OTRO PARTICULAR, RECIBA UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE  
EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN

LICENCIADO [REDACTED]

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación

FGE • | Fiscalía Regional Zona Centro  
Boulevard René Juárez Cisneros S/N Colonia El Potrerito Código Postal 39090 Chilpancingo de los Bravo, Guerrero  
Teléfono 01(747) 47 1 94 07

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP

ación 2

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 04 del mes Marzo del 2018.

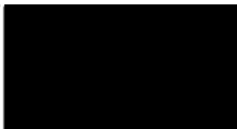
Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio Carr. Ejea Federal Iguala-Toluca con tel. no. 7331344368 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE



GERAL DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL CASO OTZINAPA  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

643

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 11 de Marzo de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**

**FECHA**

**UBICACIÓN**

[Redacted]	<u>08/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>08/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>09/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>10/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>11/03/2018</u>	[Redacted]



SEMANA DEL 05 AL 11 DE INVESTIGACIÓN Y 30  
ON PARA EL CASO  
DTZINAPA

**ATENTAMENTE**

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

Recibi Jaime  
02-04-18  
[Signature]

644



DIRECCION DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO  
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.  
2015 - 2018

Iguala Gro, a 7 de marzo de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Antiguo Municipal, el día 8 de marzo del presente año.

ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
2018  
DESARROLLO



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
SACIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

675

Nº 0641

Iguala de la independencia, Gro., a 8 del mes Marzo del 2018.

Se autoriza al C. Funerales Uriostegui con domicilio periferico Sur sn tel. no. 3341728 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
ATENTAMENTE/  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

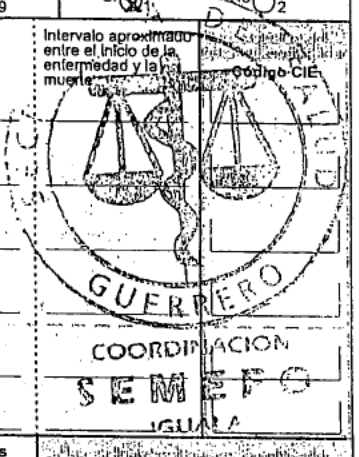


ENTREGUE EL ORIGINAL Y UNA COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

676

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]		<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> IGUALA GUERRERO	
<b>5. CURP</b> [REDACTED]		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Especifique: _____	
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/>		<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>10.1 Tipo de vivienda</b> [REDACTED]		<b>10.2 Tipo de asentamiento humano</b> IGUALA		<b>10.3 Núm. Exterior</b> [REDACTED] <b>10.4 Núm. Interior</b> [REDACTED]		<b>10.5 Tipo de asentamiento humano</b> IGUALA	
<b>10.6 Nombre del asentamiento humano</b> IGUALA GUERRERO		<b>10.7 Código Postal</b> [REDACTED]		<b>10.8 Localidad</b> IGUALA		<b>10.9 Municipio o delegación</b> IGUALA	
<b>10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)</b> GUERRERO		<b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>11.2 Trabajaba</b> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>13.1 Número de seguridad social o afiliación</b> [REDACTED]	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		<b>14.1 Nombre de la unidad médica</b> [REDACTED]		<b>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</b> [REDACTED]	
<b>14.3 Vía pública</b> <input checked="" type="radio"/> <b>14.4 Otro lugar</b> <input type="radio"/>		<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Calle [REDACTED] Colonia [REDACTED]		<b>15.1 Tipo de vivienda</b> S/N		<b>15.2 Nombre de la vivienda</b> [REDACTED]	
<b>15.3 Núm. Exterior</b> [REDACTED] <b>15.4 Núm. Interior</b> [REDACTED]		<b>15.5 Tipo de asentamiento humano</b> IGUALA		<b>15.6 Tipo de asentamiento humano</b> IGUALA		<b>15.7 Código Postal</b> [REDACTED]	
<b>15.8 Localidad</b> IGUALA		<b>15.9 Municipio o delegación</b> IGUALA		<b>15.10 Entidad federativa</b> GUERRERO		<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]	
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED]		<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [REDACTED]	
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE [REDACTED]		<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE EN PARTE AL CASO</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input checked="" type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input checked="" type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</b> [REDACTED]	
<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b> [REDACTED]		<b>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> [REDACTED]		<b>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> 22.7.1 Tipo de vivienda [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vivienda [REDACTED] 22.7.3 Núm. Exterior [REDACTED] 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 22.7.7 Código Postal [REDACTED] 22.7.8 Localidad [REDACTED] 22.7.9 Municipio o delegación [REDACTED] 22.7.10 Entidad federativa [REDACTED]			
<b>23. NOMBRE</b> Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]		<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> [REDACTED]		<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional [REDACTED]	
<b>27. NOMBRE</b> Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]		<b>28. FIRMA</b> [REDACTED]		<b>29. DOMICILIO y TELÉFONO</b> Carretera Federal [REDACTED]		<b>30. FECHA DE REGISTRO</b> Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	
<b>29.1 Tipo de vivienda</b> [REDACTED]		<b>29.2 Nombre de la vivienda</b> [REDACTED]		<b>29.3 Núm. Exterior</b> [REDACTED] <b>29.4 Núm. Interior</b> [REDACTED]		<b>29.5 Tipo de asentamiento humano</b> IGUALA	
<b>29.6 Nombre del asentamiento humano</b> IGUALA		<b>29.7 Código Postal</b> [REDACTED]		<b>29.8 Localidad</b> IGUALA		<b>29.9 Municipio o delegación</b> IGUALA	
<b>29.10 Entidad federativa</b> GUERRERO		<b>29.11 Teléfono</b> [REDACTED]		<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO</b> No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/>		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad [REDACTED] 32.2 Municipio o delegación [REDACTED] 32.3 Entidad federativa [REDACTED]	



ESTADO DE LA REPÚBLICA  
 FEDERAL DE INVESTIGACIÓN

CARPETA DE INVESTIGACIÓN

Art. 113  
 Fracc. I  
 LFTAIIP Mes Año

Motivación 1 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR EL ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Y UNA COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. Motivación 2



Nº 0653

Iguala de la independencia, Gro., a 8 del mes Marzo del 2018.

Se autoriza al C. Laura Rueda Martinez con domicilio Altamirano 29. tel. no. 3324303 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA ATENTAMENTE  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE DEFENSA Y PROTECCIÓN PARA EL CASO  
SECRETARÍA DE TURISMO Y CULTURA  
SECRETARÍA DE VOTZINAPA

[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

648

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]		8.3 Peso (gramos): [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>URBANA</u> S/O 10.1 Tipo de vialidad		10.2 Tipo de asentamiento humano <u>URBANO</u>		10.3 Núm. Exterior <u>410080</u> 10.4 Núm. Interior <u>IGUALA</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>IGUALA</u>	
10.7 Código Postal <u>IGUALA</u> 10.8 Localidad <u>IGUALA</u> 10.9 Municipio o delegación <u>GUERRERO</u>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
11.3 AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.4 AFIILIACIÓN Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		12. [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13.1 AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.2 AFIILIACIÓN Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		13.3 Número de seguridad social o afiliación		13.4 AFIILIACIÓN Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 AFIILIACIÓN Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/O 15.1 Tipo de vialidad <u>URBANA</u>		15.2 Tipo de asentamiento humano <u>URBANO</u>		15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>IGUALA</u>		15.6 Nombre del asentamiento humano <u>IGUALA</u>	
15.7 Código Postal <u>IGUALA</u> 15.8 Localidad <u>IGUALA</u> 15.9 Municipio o delegación <u>GUERRERO</u>		15.10 Entidad federativa		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]		19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>15 años</u>		19.3 Código CIE	
19.3 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 20.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 3 El puerperio <input type="radio"/> 5 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 2		20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20.4 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA 21.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
21.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		21.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 21.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		21.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 21.7.1 Tipo de vialidad 21.7.2 Nombre de la vialidad		21.8 Tipo de asentamiento humano 21.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 21.7.4 Núm. Interior [Redacted] 21.7.5 Tipo de asentamiento humano 21.7.6 Nombre del asentamiento humano	
21.9 Código Postal [Redacted] 21.7.8 Localidad [Redacted] 21.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 21.7.10 Entidad federativa [Redacted]		22. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] A) FALLECIDO(A) [Redacted]		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>URBANA</u> <u>GALEAUA</u> 29.2 Tipo de asentamiento humano <u>IGUALA</u> 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>IGUALA</u> 29.6 Código Postal <u>GUERRERO</u> 29.7 Localidad <u>IGUALA</u> 29.8 Localidad <u>GUERRERO</u> 29.9 Municipio o delegación <u>GUERRERO</u> 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CALIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Motivación 1 [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted]		Motivación 2 [Redacted]		REG. CIVIL		Año [Redacted]	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

649

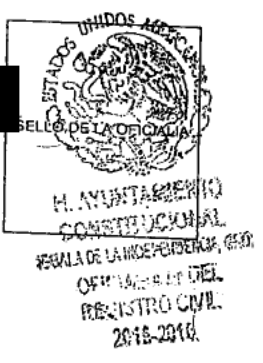


Form fields including: OFICIALIA 01, FECHA DE REGISTRO, LOCALIDAD IGUALA, ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO, FINADO, NOMBRE, SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( ), FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, NACIONALIDAD: MEXICANA, LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO HABITUAL, ESTADO CIVIL, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, FALLECIMIENTO, FECHA DE DEFUNCION, LUGAR: HOGAR, DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ), UBICACION, DONDE FALLECIO, CAUSAS DE LA MUERTE, TIPO DE DEFUNCION: NATURAL, NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION, NO. DE CEDULA PROFESIONAL, DOMICILIO, DECLARANTE, NOMBRE, NACIONALIDAD: MEXICANA, PARENTESCO, DOMICILIO, TESTIGOS, NOMBRE, NACIONALIDAD: MEXICANA, PARENTESCO: NINGUNO, DOMICILIO, NOMBRE, NACIONALIDAD: MEXICANA, PARENTESCO: NINGUNO, DOMICILIO.

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS NOTAS ANTERES PRESENTO REQUISITOS PARA EL CASO YOTZINAPA

FIRMAS
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. [Redacted] FIRMA [Redacted]





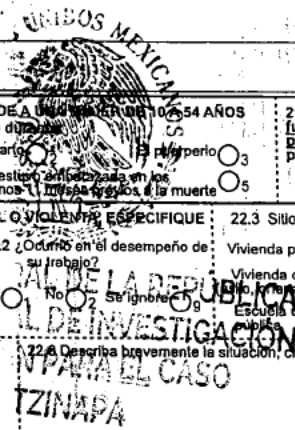
**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted] 650

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) GUERRERO			
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
8.3 Peso (gramos): [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) DR. [Redacted]			
10.1 Tipo de vivienda [Redacted]		10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior [Redacted]		10.4 Núm. Interior [Redacted]	
10.7 Código Postal [Redacted]		10.8 Localidad IGUALA	
10.9 Municipio o delegación IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) GUERRERO	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		[Redacted]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda DR. [Redacted]			
15.3 Núm. Exterior [Redacted]		15.4 Núm. Interior [Redacted]	
15.7 Código Postal [Redacted]		15.8 Localidad IGUALA	
15.9 Municipio o delegación IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		15.10 Entidad federativa GUERRERO	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año [Redacted] 2   2   4   0 Horas Minutos [Redacted]			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 MIN.	
b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)		3 AÑOS	
c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)		20 AÑOS	
d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)		[Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN PARTO ENTRE LOS 43 DÍAS Y 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> (paseo, etc.) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (apartamento, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]			
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted]		22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted]		22.7.4 Núm. Interior [Redacted]	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
22.7.7 Código Postal [Redacted]		22.7.8 Localidad [Redacted]	
22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]		22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]		Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda [Redacted]			
29.2 Nombre de la vivienda [Redacted]		29.3 Núm. Exterior [Redacted]	
29.4 Núm. Interior [Redacted]		29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
29.6 Nombre del asentamiento humano COLONIA CENTRO		29.7 Código Postal [Redacted]	
29.8 Localidad IGUALA		29.9 Municipio o delegación IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	
29.10 Entidad federativa GUERRERO		29.11 Teléfono 733 33 25 64 6	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO CIVIL Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Iguala 32.2 Municipio o delegación Guerrero 32.3 Entidad federativa Guerrero 32.4 Día Mes Año [Redacted]			



Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

051



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	NOMBRE(S)	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO HABITUAL:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	
NOMBRE DEL CONYUGE		
NOMBRE DEL PADRE		
NOMBRE DE LA MADRE		
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 22:40	
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	MUNICIPAL	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIÓ:	IGUALA, GRO.	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	CENTRO. IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO: LA GUERRERO	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: IGUALA, GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADA	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
DE INVESTIGACION  
EN PARA EL CASO  
TZINAPA

FIRMAS  
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2016

Art. 113

Frase

Motivación 2

Art. 110

Frase

Motivación 1

INTERESADO





653

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes MARZO del 2018.

Se autoriza al C. Funerales "Cristo Rey" con domicilio Aldama #76 tel. no. 2-35-40 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

ERAL DE LA REPÚBLICA  
AL DE INVE  
IÓN PARA E  
OTZINAPA

[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



654

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 18 de Marzo de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**

**FECHA**

**UBICACIÓN**

[Redacted]	<u>12/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>12/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>14/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>16/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>18/03/2018</u>	[Redacted]
[Redacted]	<u>15/03/2018</u>	[Redacted]



SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA ESPECIAL PARA EL CASO

SEMANA DEL 12 AL 18 DE Marzo

**ATENTAMENTE**

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR

Recibí Jaime  
02-04-18  
[Signature]



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

655

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		<b>2. FECHA</b> Mes [Redacted] Año [Redacted]		<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> [Redacted]	
<b>5. CURP</b> [Redacted]		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]	
<b>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</b> [Redacted] <b>8.2 Semanas de gestación:</b> [Redacted] <b>8.3 Peso (gramos):</b> [Redacted]		<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] <b>10.1 Tipo de vivienda:</b> [Redacted] <b>10.2 Nombre de la vivienda:</b> [Redacted]		<b>10.3 Núm. Exterior:</b> [Redacted] <b>10.4 Núm. Interior:</b> [Redacted] <b>10.7 Código Postal:</b> [Redacted] <b>10.8 Localidad:</b> [Redacted]	
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> [Redacted] Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		<b>11.2 Trabajaba</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>10.9 Municipio o delegación:</b> [Redacted] <b>10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):</b> [Redacted]	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		<b>14.1 Nombre de la unidad médica:</b> [Redacted] <b>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):</b> [Redacted]		<b>13.1 Número de seguridad social o afiliación:</b> [Redacted]	
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> [Redacted]		<b>15.3 Núm. Exterior:</b> [Redacted] <b>15.4 Núm. Interior:</b> [Redacted] <b>15.7 Código Postal:</b> [Redacted] <b>15.8 Localidad:</b> [Redacted]		<b>15.5 Tipo de asentamiento humano:</b> [Redacted] <b>15.6 [Redacted]</b>		<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</b> Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NÉCROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 minutos [Redacted] Código CIE [Redacted] 10 días [Redacted] 20 años [Redacted] 25 años [Redacted] 111 años [Redacted]	
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en el momento de la muerte <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE [Redacted]	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de:</b> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granje (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</b> [Redacted]		<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b> [Redacted]	
<b>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> [Redacted]		<b>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> <b>22.7.1 Tipo de vivienda:</b> [Redacted] <b>22.7.2 Nombre de la vivienda:</b> [Redacted]		<b>22.7.3 Núm. Exterior:</b> [Redacted] <b>22.7.4 Núm. Interior:</b> [Redacted] <b>22.7.5 Tipo de asentamiento humano:</b> [Redacted]		<b>22.7.6 Nombre del asentamiento humano:</b> [Redacted]	
<b>22.7.7 Código Postal:</b> [Redacted] <b>22.7.8 Localidad:</b> [Redacted]		<b>22.7.9 Municipio o delegación:</b> [Redacted] <b>22.7.10 Entidad federativa:</b> [Redacted]		<b>23. NOMBRE DEL INFANTE</b> Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		<b>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</b> [Redacted]	
<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> [Redacted]		<b>27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE</b> Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		<b>28. FIRMA DEL CERTIFICANTE</b> [Redacted]	
<b>27.1 Tipo de vivienda:</b> [Redacted] <b>27.2 Nombre de la vivienda:</b> [Redacted]		<b>27.3 Núm. Exterior:</b> [Redacted] <b>27.4 Núm. Interior:</b> [Redacted] <b>27.5 Tipo de asentamiento humano:</b> [Redacted]		<b>27.6 Nombre del asentamiento humano:</b> [Redacted]		<b>28.1 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</b> [Redacted]	
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE</b> <b>29.1 Tipo de vivienda:</b> [Redacted] <b>29.2 Nombre de la vivienda:</b> [Redacted]		<b>29.3 Núm. Exterior:</b> [Redacted] <b>29.4 Núm. Interior:</b> [Redacted] <b>29.5 Tipo de asentamiento humano:</b> [Redacted]		<b>29.6 Nombre del asentamiento humano:</b> [Redacted] <b>29.7 Código Postal:</b> [Redacted]		<b>29.8 Localidad:</b> [Redacted] <b>29.9 Municipio o delegación:</b> [Redacted] <b>29.10 Entidad federativa:</b> [Redacted]	
<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] Localidad [Redacted]		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Acta Núm. [Redacted] <b>32.2 Municipio o delegación:</b> [Redacted] <b>32.3 Entidad federativa:</b> [Redacted]		<b>33.1 Acta Núm.:</b> [Redacted] <b>33.2 Municipio o delegación:</b> [Redacted] <b>33.3 Entidad federativa:</b> [Redacted]	

Art. 110 Fracc. V y VII LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 113 LFTAIP  
 Motivación 2

INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

656



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ES IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 04:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] NUEVO MUNICIPAL

DONDE FALLECIO: [REDACTED] COLONI [REDACTED] IGUALA, GUERRERO ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED] CRONICA

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: PRIV. [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA, INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SELLO DEL ABOGADO  
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 12 del mes MARZO del 2018.

Se autoriza al C. JUNERALES GUTIERREZ con domicilio CARRER - NAC - MEX - ACAP Y PERIF SIN tel. no. 3321034 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE



C. [REDACTED]  
GENERAL DE LA DIRECCION DE PANTEONES.  
ESPECIAL DE INVESTIGACION  
DIRECCION PARA EL CASO  
AYUTZINAPA  
Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

EL AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL IGUALA GRO.  
SECRETARÍA DE GOBIERNO  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

657



# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

659

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de Marzo de 2018

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	19/03/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	20/03/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	20/03/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	20/03/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	21/03/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	22/03/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	24/03/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	24/03/2018	[REDACTED]



SEMANA DEL 19 AL 25 DE Marzo  
GENERAL DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
CIÓN PARA EL CASO  
OTZINAPA

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

*Rubi Jane*  
02604-18  
*[Signature]*

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Marzo del 2018.

Se autoriza al C. Funerales Valladares con domicilio Calle Ruffo Riqueroa #58 col 24 de feb. tel. no. 733 130 9229 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa.
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO  
YOTZINAPA  
DIRECTOR DE PANTEONES.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

661

ENTREGUE EL ORIGINAL, LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		15. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A...		16. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA...	
17. NOMBRE		18. DOMICILIO Y TELÉFONO		19. CERTIFICADA POR		20. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
21. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO		22. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		23. SI EL FALLECIDO(A) FUE...		24. FECHA DE CERTIFICACIÓN	

Art. 110  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
 Fracc. I  
 LFTAIP  
 Motivación 2





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO	
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 21:20	
LUGAR: SECRETARIA DE SALUD	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) B) C) C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO: IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION: CAMPESINO	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: TIA	
DOMICILIO:	OCUPACION: AMA DE CASA	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: TIO	
DOMICILIO:	OCUPACION: ALBAÑIL	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		
AL GOBIERNO FEDERAL AL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y PROTECCION DEL CASO DE TIZINAPA		

FIRMAS  
 [Redacted Signature]      [Redacted Signature]      [Redacted Signature]  
 DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

663

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b> Entidad federal o país (si nació en el extranjero)
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique _____
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos Para menores de un día _____ Horas Para menores de un mes _____ 2 _____ 6 _____ 6 _____ Días	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 8 _____ 8.2 Semanas de _____ 8.3 Peso (gramos): _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ <b>INDEPENDENCIA IGUALA</b> _____ 10.9 Municipio o delegación _____ <b>GUERRERO</b> _____ 10.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/N _____ S/N _____ <b>COLONIA</b> _____ 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ <b>DE JUAREZ</b> _____ 15.9 Municipio o delegación _____ <b>ACAPULCO</b> _____ 15.10 Entidad federal _____ <b>GUERRERO</b> _____		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federal _____		
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Número de la cédula de parentesco _____
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Número de la cédula profesional _____
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____ Número de la cédula profesional _____
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ S/N _____ S/N _____ / <b>COLONIA</b> _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ <b>JUAREZ</b> _____ 29.9 Municipio o delegación _____ <b>GUERRERO</b> _____ 29.10 Entidad federal _____ 29.11 Teléfono _____		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____

Motivación 1

LFTAI  
Motivación 2



664

**CERTIFICADO MEDICO**  
**TRASLADO EN AMBULANCIA**

A QUIEN CORRESPONDA:

POR MEDIO DEL PRESENTE

SE HACE CONSTAR QUE EL (LA) PACIENTE ( ) O CADAVER ( X )

No. AFILIACION: \_\_\_\_\_

NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA, POR LO QUE PUEDE SER  
 TRASLADADO A:

IGUALA GRO.

UNIDAD DE ADSCRIPCION: UMF \_\_\_\_\_

DELEGACION: GUERRERO

CLAVE PRESUPUESTAL \_\_\_\_\_

HOSPITALIZADO SI ( ) NO ( )

SERVICIO: \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_

PACIENTE EN SU DOMICILIO: \_\_\_\_\_

PARA LOS FINES QUE SE ESTIMEN CONVENIENTES, SE EXTIENDE EL PRESENTE EN

LA CIUDAD Y PUERTO DE ACAPULCO, GRO., A LOS \_\_\_\_\_

DEL MES: MARZO

DEL AÑO \_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

"SEGURIDAD SOCIAL" FEDERAL DE LA REPUBLICA  
 INVESTIGACION  
 EL CASO

DR. \_\_\_\_\_  
 DIRECTOR DE LA UNIDAD

Iguala Gro, a 21 de marzo de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la  
inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera  
Ampliación del Panteón Antiguo Municipal.

ATENCION  
[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
DIRECCION DE PANTEONES  
AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.  
PANTEONES  
2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



GENERAL DE LA REPUBLICA  
FISCAL DE INVESTIGACIÓN  
COMISIÓN PARA EL CASO  
TOTZINAPA

666  
666

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

**DEL FALLECIDO**

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  Sí  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana  1 Cita  2 → Especifique

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL En unión libre  1 Separado(a)  2 Divorciado(a)  3 Viudo(a)  4 Casado(a)  5 Soltero(a)  6 Se ignora  9

10.1 Nombre Exterior: 10.2 Nombre de la viudez: 10.3 Tipo de asentamiento humano: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: 10.6 Nombre del asentamiento humano: 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o delegación: 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero):

11. ESCOLARIDAD Ninguna  1 Primaria  2 Secundaria  3 Superior  4 Profesional  5 Posgrado  6 Se ignora  9

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1 Incompleta  2

12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba  1 No  2 Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  1 IMSS  2 ISSSTE  3 SEDENA  4 SEMAR  5 IMSS PROSPERA  6 Otra unidad pública  7 Unidad médica privada  8 Se ignora  9

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 13.2 Tipo de atención: 13.3 Lugar: 13.4 Se ignora  9

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  1 IMSS  2 ISSSTE  3 SEDENA  4 SEMAR  5 Otra unidad pública  6 Unidad médica privada  7 Se ignora  9

14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Cita: 14.3 Tipo de atención: 14.4 Lugar: 14.5 Se ignora  9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de asentamiento humano: 15.2 Nombre de la viudez: 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o delegación: 15.10 Entidad federativa:

16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: asfixia, ahogamiento, etc.)

16.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte: a)  Debe b)  Causas antecedentes c)  Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa congnada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica d)  Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?  Sí  No  Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?  Sí  No

19. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE:  1 día  2 días  3 días  4 días  5 días  6 días  7 días  8 días  9 días  10 días  11 días  12 días  13 días  14 días  15 días  16 días  17 días  18 días  19 días  20 días  21 días  22 días  23 días  24 días  25 días  26 días  27 días  28 días  29 días  30 días  31 días  32 días  33 días  34 días  35 días  36 días  37 días  38 días  39 días  40 días  41 días  42 días  43 días  44 días  45 días  46 días  47 días  48 días  49 días  50 días  51 días  52 días  53 días  54 días  55 días  56 días  57 días  58 días  59 días  60 días  61 días  62 días  63 días  64 días  65 días  66 días  67 días  68 días  69 días  70 días  71 días  72 días  73 días  74 días  75 días  76 días  77 días  78 días  79 días  80 días  81 días  82 días  83 días  84 días  85 días  86 días  87 días  88 días  89 días  90 días  91 días  92 días  93 días  94 días  95 días  96 días  97 días  98 días  99 días  100 días  Más de 100 días  Se ignora

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4 El parto  2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5 El puerperio  3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?  Sí  No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?  Sí  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente  1 Homicidio  2 Suicidio  3 Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?  Sí  No  Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  2 Escuela u oficina pública  3 Área comercial de servicio  4 Calle o carretera (vía pública)  5 Área industrial (taller, fábrica u obra)  6 Área deobitiva  7 Granja (rancho o parcelita)  8 Otro  9 Se ignora  9

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s):

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de viudez: 22.7.2 Nombre de la viudez: 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: 22.7.7 Código Postal: 22.7.8 Localidad: 22.7.9 Municipio o delegación: 22.7.10 Entidad federativa:

23. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): 23.1 Nombre: 23.2 Nombre de la viudez: 23.3 Tipo de asentamiento humano: 23.4 Localidad: 23.5 Municipio o delegación: 23.6 Entidad federativa:

24. PAÍS DEL FALLECIDO(A): 24.1 País: 24.2 Entidad federativa:

25. CERTIFICADA POR: Médico (trabaja)  1 Médico (no trabaja)  2 Otro médico  3

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, AÑOTE SU NOMBRE Y CATEGORÍA PROFESIONAL: 26.1 Nombre: 26.2 Categoría profesional: 26.3 Número de la cédula profesional: 26.4 Fecha de expedición: 26.5 Lugar de expedición: 26.6 Entidad federativa: 26.7 Municipio o delegación: 26.8 Localidad: 26.9 Tipo de asentamiento humano: 26.10 Entidad federativa: 26.11 Municipio o delegación: 26.12 Localidad: 26.13 Tipo de asentamiento humano: 26.14 Entidad federativa: 26.15 Municipio o delegación: 26.16 Localidad: 26.17 Tipo de asentamiento humano: 26.18 Entidad federativa: 26.19 Municipio o delegación: 26.20 Localidad: 26.21 Tipo de asentamiento humano: 26.22 Entidad federativa: 26.23 Municipio o delegación: 26.24 Localidad: 26.25 Tipo de asentamiento humano: 26.26 Entidad federativa: 26.27 Municipio o delegación: 26.28 Localidad: 26.29 Tipo de asentamiento humano: 26.30 Entidad federativa: 26.31 Municipio o delegación: 26.32 Localidad: 26.33 Tipo de asentamiento humano: 26.34 Entidad federativa: 26.35 Municipio o delegación: 26.36 Localidad: 26.37 Tipo de asentamiento humano: 26.38 Entidad federativa: 26.39 Municipio o delegación: 26.40 Localidad: 26.41 Tipo de asentamiento humano: 26.42 Entidad federativa: 26.43 Municipio o delegación: 26.44 Localidad: 26.45 Tipo de asentamiento humano: 26.46 Entidad federativa: 26.47 Municipio o delegación: 26.48 Localidad: 26.49 Tipo de asentamiento humano: 26.50 Entidad federativa: 26.51 Municipio o delegación: 26.52 Localidad: 26.53 Tipo de asentamiento humano: 26.54 Entidad federativa: 26.55 Municipio o delegación: 26.56 Localidad: 26.57 Tipo de asentamiento humano: 26.58 Entidad federativa: 26.59 Municipio o delegación: 26.60 Localidad: 26.61 Tipo de asentamiento humano: 26.62 Entidad federativa: 26.63 Municipio o delegación: 26.64 Localidad: 26.65 Tipo de asentamiento humano: 26.66 Entidad federativa: 26.67 Municipio o delegación: 26.68 Localidad: 26.69 Tipo de asentamiento humano: 26.70 Entidad federativa: 26.71 Municipio o delegación: 26.72 Localidad: 26.73 Tipo de asentamiento humano: 26.74 Entidad federativa: 26.75 Municipio o delegación: 26.76 Localidad: 26.77 Tipo de asentamiento humano: 26.78 Entidad federativa: 26.79 Municipio o delegación: 26.80 Localidad: 26.81 Tipo de asentamiento humano: 26.82 Entidad federativa: 26.83 Municipio o delegación: 26.84 Localidad: 26.85 Tipo de asentamiento humano: 26.86 Entidad federativa: 26.87 Municipio o delegación: 26.88 Localidad: 26.89 Tipo de asentamiento humano: 26.90 Entidad federativa: 26.91 Municipio o delegación: 26.92 Localidad: 26.93 Tipo de asentamiento humano: 26.94 Entidad federativa: 26.95 Municipio o delegación: 26.96 Localidad: 26.97 Tipo de asentamiento humano: 26.98 Entidad federativa: 26.99 Municipio o delegación: 26.100 Localidad: 26.101 Tipo de asentamiento humano: 26.102 Entidad federativa: 26.103 Municipio o delegación: 26.104 Localidad: 26.105 Tipo de asentamiento humano: 26.106 Entidad federativa: 26.107 Municipio o delegación: 26.108 Localidad: 26.109 Tipo de asentamiento humano: 26.110 Entidad federativa: 26.111 Municipio o delegación: 26.112 Localidad: 26.113 Tipo de asentamiento humano: 26.114 Entidad federativa: 26.115 Municipio o delegación: 26.116 Localidad: 26.117 Tipo de asentamiento humano: 26.118 Entidad federativa: 26.119 Municipio o delegación: 26.120 Localidad: 26.121 Tipo de asentamiento humano: 26.122 Entidad federativa: 26.123 Municipio o delegación: 26.124 Localidad: 26.125 Tipo de asentamiento humano: 26.126 Entidad federativa: 26.127 Municipio o delegación: 26.128 Localidad: 26.129 Tipo de asentamiento humano: 26.130 Entidad federativa: 26.131 Municipio o delegación: 26.132 Localidad: 26.133 Tipo de asentamiento humano: 26.134 Entidad federativa: 26.135 Municipio o delegación: 26.136 Localidad: 26.137 Tipo de asentamiento humano: 26.138 Entidad federativa: 26.139 Municipio o delegación: 26.140 Localidad: 26.141 Tipo de asentamiento humano: 26.142 Entidad federativa: 26.143 Municipio o delegación: 26.144 Localidad: 26.145 Tipo de asentamiento humano: 26.146 Entidad federativa: 26.147 Municipio o delegación: 26.148 Localidad: 26.149 Tipo de asentamiento humano: 26.150 Entidad federativa: 26.151 Municipio o delegación: 26.152 Localidad: 26.153 Tipo de asentamiento humano: 26.154 Entidad federativa: 26.155 Municipio o delegación: 26.156 Localidad: 26.157 Tipo de asentamiento humano: 26.158 Entidad federativa: 26.159 Municipio o delegación: 26.160 Localidad: 26.161 Tipo de asentamiento humano: 26.162 Entidad federativa: 26.163 Municipio o delegación: 26.164 Localidad: 26.165 Tipo de asentamiento humano: 26.166 Entidad federativa: 26.167 Municipio o delegación: 26.168 Localidad: 26.169 Tipo de asentamiento humano: 26.170 Entidad federativa: 26.171 Municipio o delegación: 26.172 Localidad: 26.173 Tipo de asentamiento humano: 26.174 Entidad federativa: 26.175 Municipio o delegación: 26.176 Localidad: 26.177 Tipo de asentamiento humano: 26.178 Entidad federativa: 26.179 Municipio o delegación: 26.180 Localidad: 26.181 Tipo de asentamiento humano: 26.182 Entidad federativa: 26.183 Municipio o delegación: 26.184 Localidad: 26.185 Tipo de asentamiento humano: 26.186 Entidad federativa: 26.187 Municipio o delegación: 26.188 Localidad: 26.189 Tipo de asentamiento humano: 26.190 Entidad federativa: 26.191 Municipio o delegación: 26.192 Localidad: 26.193 Tipo de asentamiento humano: 26.194 Entidad federativa: 26.195 Municipio o delegación: 26.196 Localidad: 26.197 Tipo de asentamiento humano: 26.198 Entidad federativa: 26.199 Municipio o delegación: 26.200 Localidad: 26.201 Tipo de asentamiento humano: 26.202 Entidad federativa: 26.203 Municipio o delegación: 26.204 Localidad: 26.205 Tipo de asentamiento humano: 26.206 Entidad federativa: 26.207 Municipio o delegación: 26.208 Localidad: 26.209 Tipo de asentamiento humano: 26.210 Entidad federativa: 26.211 Municipio o delegación: 26.212 Localidad: 26.213 Tipo de asentamiento humano: 26.214 Entidad federativa: 26.215 Municipio o delegación: 26.216 Localidad: 26.217 Tipo de asentamiento humano: 26.218 Entidad federativa: 26.219 Municipio o delegación: 26.220 Localidad: 26.221 Tipo de asentamiento humano: 26.222 Entidad federativa: 26.223 Municipio o delegación: 26.224 Localidad: 26.225 Tipo de asentamiento humano: 26.226 Entidad federativa: 26.227 Municipio o delegación: 26.228 Localidad: 26.229 Tipo de asentamiento humano: 26.230 Entidad federativa: 26.231 Municipio o delegación: 26.232 Localidad: 26.233 Tipo de asentamiento humano: 26.234 Entidad federativa: 26.235 Municipio o delegación: 26.236 Localidad: 26.237 Tipo de asentamiento humano: 26.238 Entidad federativa: 26.239 Municipio o delegación: 26.240 Localidad: 26.241 Tipo de asentamiento humano: 26.242 Entidad federativa: 26.243 Municipio o delegación: 26.244 Localidad: 26.245 Tipo de asentamiento humano: 26.246 Entidad federativa: 26.247 Municipio o delegación: 26.248 Localidad: 26.249 Tipo de asentamiento humano: 26.250 Entidad federativa: 26.251 Municipio o delegación: 26.252 Localidad: 26.253 Tipo de asentamiento humano: 26.254 Entidad federativa: 26.255 Municipio o delegación: 26.256 Localidad: 26.257 Tipo de asentamiento humano: 26.258 Entidad federativa: 26.259 Municipio o delegación: 26.260 Localidad: 26.261 Tipo de asentamiento humano: 26.262 Entidad federativa: 26.263 Municipio o delegación: 26.264 Localidad: 26.265 Tipo de asentamiento humano: 26.266 Entidad federativa: 26.267 Municipio o delegación: 26.268 Localidad: 26.269 Tipo de asentamiento humano: 26.270 Entidad federativa: 26.271 Municipio o delegación: 26.272 Localidad: 26.273 Tipo de asentamiento humano: 26.274 Entidad federativa: 26.275 Municipio o delegación: 26.276 Localidad: 26.277 Tipo de asentamiento humano: 26.278 Entidad federativa: 26.279 Municipio o delegación: 26.280 Localidad: 26.281 Tipo de asentamiento humano: 26.282 Entidad federativa: 26.283 Municipio o delegación: 26.284 Localidad: 26.285 Tipo de asentamiento humano: 26.286 Entidad federativa: 26.287 Municipio o delegación: 26.288 Localidad: 26.289 Tipo de asentamiento humano: 26.290 Entidad federativa: 26.291 Municipio o delegación: 26.292 Localidad: 26.293 Tipo de asentamiento humano: 26.294 Entidad federativa: 26.295 Municipio o delegación: 26.296 Localidad: 26.297 Tipo de asentamiento humano: 26.298 Entidad federativa: 26.299 Municipio o delegación: 26.300 Localidad: 26.301 Tipo de asentamiento humano: 26.302 Entidad federativa: 26.303 Municipio o delegación: 26.304 Localidad: 26.305 Tipo de asentamiento humano: 26.306 Entidad federativa: 26.307 Municipio o delegación: 26.308 Localidad: 26.309 Tipo de asentamiento humano: 26.310 Entidad federativa: 26.311 Municipio o delegación: 26.312 Localidad: 26.313 Tipo de asentamiento humano: 26.314 Entidad federativa: 26.315 Municipio o delegación: 26.316 Localidad: 26.317 Tipo de asentamiento humano: 26.318 Entidad federativa: 26.319 Municipio o delegación: 26.320 Localidad: 26.321 Tipo de asentamiento humano: 26.322 Entidad federativa: 26.323 Municipio o delegación: 26.324 Localidad: 26.325 Tipo de asentamiento humano: 26.326 Entidad federativa: 26.327 Municipio o delegación: 26.328 Localidad: 26.329 Tipo de asentamiento humano: 26.330 Entidad federativa: 26.331 Municipio o delegación: 26.332 Localidad: 26.333 Tipo de asentamiento humano: 26.334 Entidad federativa: 26.335 Municipio o delegación: 26.336 Localidad: 26.337 Tipo de asentamiento humano: 26.338 Entidad federativa: 26.339 Municipio o delegación: 26.340 Localidad: 26.341 Tipo de asentamiento humano: 26.342 Entidad federativa: 26.343 Municipio o delegación: 26.344 Localidad: 26.345 Tipo de asentamiento humano: 26.346 Entidad federativa: 26.347 Municipio o delegación: 26.348 Localidad: 26.349 Tipo de asentamiento humano: 26.350 Entidad federativa: 26.351 Municipio o delegación: 26.352 Localidad: 26.353 Tipo de asentamiento humano: 26.354 Entidad federativa: 26.355 Municipio o delegación: 26.356 Localidad: 26.357 Tipo de asentamiento humano: 26.358 Entidad federativa: 26.359 Municipio o delegación: 26.360 Localidad: 26.361 Tipo de asentamiento humano: 26.362 Entidad federativa: 26.363 Municipio o delegación: 26.364 Localidad: 26.365 Tipo de asentamiento humano: 26.366 Entidad federativa: 26.367 Municipio o delegación: 26.368 Localidad: 26.369 Tipo de asentamiento humano: 26.370 Entidad federativa: 26.371 Municipio o delegación: 26.372 Localidad: 26.373 Tipo de asentamiento humano: 26.374 Entidad federativa: 26.375 Municipio o delegación: 26.376 Localidad: 26.377 Tipo de asentamiento humano: 26.378 Entidad federativa: 26.379 Municipio o delegación: 26.380 Localidad: 26.381 Tipo de asentamiento humano: 26.382 Entidad federativa: 26.383 Municipio o delegación: 26.384 Localidad: 26.385 Tipo de asentamiento humano: 26.386 Entidad federativa: 26.387 Municipio o delegación: 26.388 Localidad: 26.389 Tipo de asentamiento humano: 26.390 Entidad federativa: 26.391 Municipio o delegación: 26.392 Localidad: 26.393 Tipo de asentamiento humano: 26.394 Entidad federativa: 26.395 Municipio o delegación: 26.396 Localidad: 26.397 Tipo de asentamiento humano: 26.398 Entidad federativa: 26.399 Municipio o delegación: 26.400 Localidad: 26.401 Tipo de asentamiento humano: 26.402 Entidad federativa: 26.403 Municipio o delegación: 26.404 Localidad: 26.405 Tipo de asentamiento humano: 26.406 Entidad federativa: 26.407 Municipio o delegación: 26.408 Localidad: 26.409 Tipo de asentamiento humano: 26.410 Entidad federativa: 26.411 Municipio o delegación: 26.412 Localidad: 26.413 Tipo de asentamiento humano: 26.414 Entidad federativa: 26.415 Municipio o delegación: 26.416 Localidad: 26.417 Tipo de asentamiento humano: 26.418 Entidad federativa: 26.419 Municipio o delegación: 26.420 Localidad: 26.421 Tipo de asentamiento humano: 26.422 Entidad federativa: 26.423 Municipio o delegación: 26.424 Localidad: 26.425 Tipo de asentamiento humano: 26.426 Entidad federativa: 26.427 Municipio o delegación: 26.428 Localidad: 26.429 Tipo de asentamiento humano: 26.430 Entidad federativa: 26.431 Municipio o delegación: 26.432 Localidad: 26.433 Tipo de asentamiento humano: 26.434 Entidad federativa: 26.435 Municipio o delegación: 26.436 Localidad: 26.437 Tipo de asentamiento humano: 26.438 Entidad federativa: 26.439 Municipio o delegación: 26.440 Localidad: 26.441 Tipo de asentamiento humano: 26.442 Entidad federativa: 26.443 Municipio o delegación: 26.444 Localidad: 26.445 Tipo de asentamiento humano: 26.446 Entidad federativa: 26.447 Municipio o delegación: 26.448 Localidad: 26.449 Tipo de asentamiento humano: 26.450 Entidad federativa: 26.451 Municipio o delegación: 26.452 Localidad: 26.453 Tipo de asentamiento humano: 26.454 Entidad federativa: 26.455 Municipio o delegación: 26.456 Localidad: 26.457 Tipo de asentamiento humano: 26.458 Entidad federativa: 26.459 Municipio o delegación: 26.460 Localidad: 26.461 Tipo de asentamiento humano: 26.462 Entidad federativa: 26.463 Municipio o delegación: 26.464 Localidad: 26.465 Tipo de asentamiento humano: 26.466 Entidad federativa: 26.467 Municipio o delegación: 26.468 Localidad: 26.469 Tipo de asentamiento humano: 26.470 Entidad federativa: 26.471 Municipio o delegación: 26.472 Localidad: 26.473 Tipo de asentamiento humano: 26.474 Entidad federativa: 26.475 Municipio o delegación: 26.476 Localidad: 26.477 Tipo de asentamiento humano: 26.478 Entidad federativa: 26.479 Municipio o delegación: 26.480 Localidad: 26.481 Tipo de asentamiento humano: 26.482 Entidad federativa: 26.483 Municipio o delegación: 26.484 Localidad: 26.485 Tipo de asentamiento humano: 26.486 Entidad federativa: 26.487 Municipio o delegación: 26.488 Localidad: 26.489 Tipo de asentamiento humano: 26.490 Entidad federativa: 26.491 Municipio o delegación: 26.492 Localidad: 26.493 Tipo de asentamiento humano: 26.494 Entidad federativa: 26.495 Municipio o delegación: 26.496 Localidad: 26.497 Tipo de asentamiento humano: 26.498 Entidad federativa: 26.499 Municipio o delegación: 26.500 Localidad: 26.501 Tipo de asentamiento humano: 26.502 Entidad federativa: 26.503 Municipio o delegación: 26.504 Localidad: 26.505 Tipo de asentamiento humano: 26.506 Entidad federativa: 26.507 Municipio o delegación: 26.508 Localidad: 26.509 Tipo de asentamiento humano: 26.510 Entidad federativa: 26.511 Municipio o delegación: 26.512 Localidad: 26.513 Tipo de asentamiento humano: 26.514 Entidad federativa: 26.515 Municipio o delegación: 26.516 Localidad: 26.517 Tipo de asentamiento humano: 26.518 Entidad federativa: 26.519 Municipio o delegación: 26.520 Localidad: 26.521 Tipo de asentamiento humano: 26.522 Entidad federativa: 26.523 Municipio o delegación: 26.524 Localidad: 26.525 Tipo de asentamiento humano: 26.526 Entidad federativa: 26.527 Municipio o delegación: 26.528 Localidad: 26.529 Tipo de asentamiento humano: 26.530 Entidad federativa: 26.531 Municipio o delegación: 26.532 Localidad: 26.533 Tipo de asentamiento humano: 26.534 Entidad federativa: 26.535 Municipio o delegación: 26.536 Localidad: 26.537 Tipo de asentamiento humano: 26.538 Entidad federativa: 26.539 Municipio o delegación: 26.540 Localidad: 26.541 Tipo de asentamiento humano: 26.542 Entidad federativa: 26.543 Municipio o delegación: 26.544 Localidad: 26.545 Tipo de asentamiento humano: 26.546 Entidad federativa: 26.547 Municipio o delegación: 26.548 Localidad: 26.549 Tipo de asentamiento humano: 26.550 Entidad federativa: 26.551 Municipio o delegación: 26.552 Localidad: 26.553 Tipo de asentamiento humano: 26.554 Entidad federativa: 26.555 Municipio o delegación: 26.556 Localidad: 26.557 Tipo de asentamiento humano: 26.558 Entidad federativa: 26.559 Municipio o delegación: 26.560 Localidad: 26.561 Tipo de asentamiento humano: 26.562 Entidad federativa: 26.563 Municipio o delegación: 26.564 Localidad: 26.565 Tipo de asentamiento humano: 26.566 Entidad federativa: 26.567 Municipio o delegación: 26.568 Localidad: 26.569 Tipo de asentamiento humano: 26.570 Entidad federativa: 26.571 Municipio o delegación: 26.572 Localidad: 26.573 Tipo de asentamiento humano: 26.574 Entidad federativa: 26.575 Municipio o delegación: 26.576 Localidad: 26.577 Tipo de asentamiento humano: 26.578 Entidad federativa: 26.579 Municipio o delegación: 26.580 Localidad: 26.581 Tipo de asentamiento humano: 26.582 Entidad federativa: 26.583 Municipio o delegación: 26.584 Localidad: 26.585 Tipo de asentamiento humano: 26.586 Entidad federativa: 26.587 Municipio o delegación: 26.588 Localidad: 26.589 Tipo de asentamiento humano: 26.590 Entidad federativa: 26.591 Municipio o delegación: 26.592 Localidad: 26.593 Tipo de asentamiento humano: 26.594 Entidad federativa: 26.595 Municipio o delegación: 26.596 Localidad: 26.597 Tipo de asentamiento humano: 26.598 Entidad federativa: 26.599 Municipio o delegación: 26.600 Localidad: 26.601 Tipo de asentamiento humano: 26.602 Entidad federativa: 26.603 Municipio o delegación: 26.604 Localidad: 26.605 Tipo de asentamiento humano: 26.606 Entidad federativa: 26.607 Municipio o delegación: 26.608 Localidad: 26.609 Tipo de asentamiento humano: 26.610 Entidad federativa: 26.611 Municipio o delegación: 26.612 Localidad: 26.613 Tipo de asentamiento humano: 26.614 Entidad federativa: 26.615 Municipio o delegación: 26.616 Localidad: 26.617 Tipo de asentamiento humano: 26.618 Entidad federativa: 26.619 Municipio o delegación: 26.620 Localidad: 26.621 Tipo de asentamiento humano: 26.622 Entidad federativa: 26.623 Municipio o delegación: 26.624 Localidad: 26.625 Tipo de asentamiento humano: 26.626 Entidad federativa: 26.627 Municipio o delegación: 26.628 Localidad: 26.629 Tipo de asentamiento humano: 26.630 Entidad federativa: 26.631 Municipio o delegación: 26.632 Localidad: 26.633 Tipo de asentamiento humano: 26.634 Entidad federativa: 26.635 Municipio o delegación: 26.636 Localidad: 26.637 Tipo de asentamiento humano: 26.638 Entidad federativa: 26.639 Municipio o delegación: 26.640 Localidad: 26.641 Tipo de asentamiento humano: 26.642 Entidad federativa: 26.643 Municipio o delegación: 26.644 Localidad: 26.645 Tipo de asentamiento humano: 26.646 Entidad federativa: 26.647 Municipio o delegación: 26.648 Localidad: 26.649 Tipo de asentamiento humano: 26.650 Entidad federativa: 26.651 Municipio o delegación: 26.652 Localidad: 26.653 Tipo de asentamiento humano: 26.654 Entidad federativa: 26.655 Municipio o delegación: 26.656 Localidad: 26.657 Tipo de asentamiento humano: 26.658 Entidad federativa: 26.659 Municipio o delegación: 26.660 Localidad: 26.661 Tipo de asentamiento humano: 26.662 Entidad federativa: 26.663 Municipio o delegación: 26.664 Localidad: 26.665 Tipo de asentamiento humano: 26.666 Entidad federativa: 26.667 Municipio o delegación: 26.668 Localidad: 26.669 Tipo de asentamiento humano: 26.670 Entidad federativa: 26.671 Municipio o delegación: 26.672 Localidad: 26.673 Tipo de asentamiento humano: 26.674 Entidad federativa: 26.675 Municipio o delegación: 26.676 Localidad: 26.677 Tipo de asentamiento humano: 26.678 Entidad federativa: 26.679 Municipio o delegación: 26.680 Localidad: 26.681 Tipo de asentamiento humano: 26.682 Entidad federativa: 26.683 Municipio o delegación: 26.684 Localidad: 26.685 Tipo de asentamiento humano: 26.686 Entidad federativa: 26.687 Municipio o delegación: 26.688 Localidad: 26.689 Tipo de asentamiento humano: 26.690 Entidad federativa: 26.691 Municipio o delegación: 26.692 Localidad: 26.693 Tipo de asentamiento humano: 26.694 Entidad federativa: 26.695 Municipio o delegación: 26.696 Localidad: 26.697 Tipo de asentamiento humano: 26.698 Entidad federativa: 26.699 Municipio o delegación: 26.700 Localidad: 26.701 Tipo de asentamiento humano: 26.702 Entidad federativa: 26.703 Municipio o delegación: 26.704 Localidad: 26.705 Tipo de asentamiento humano: 26.706 Entidad federativa: 26.707 Municipio o delegación: 26.708 Localidad: 26.709 Tipo de asentamiento humano: 26.710 Entidad federativa: 26.711 Municipio o delegación: 26.712 Localidad: 26.713 Tipo de asentamiento humano: 26.714 Entidad federativa: 26.715 Municipio o delegación: 26.716 Localidad: 26.717 Tipo de asentamiento humano: 26.718 Entidad federativa: 26.719 Municipio o delegación: 26.720 Localidad: 26.721 Tipo de asentamiento humano: 26.722 Entidad federativa: 26.723 Municipio o delegación: 26.724 Localidad: 26.725 Tipo de asentamiento humano: 26.726 Entidad federativa: 26.727 Municipio o delegación: 26.728 Localidad: 26.729 Tipo de asentamiento humano: 26.730 Entidad federativa: 26.731 Municipio o delegación: 26.732 Localidad: 26.733 Tipo de asentamiento humano: 26.734 Entidad federativa: 26.735 Municipio o delegación: 26.736 Localidad: 26.737 Tipo de asentamiento humano: 26.738 Entidad federativa: 26.739 Municipio o delegación: 26.740 Localidad: 26.741 Tipo de asentamiento humano: 26.742 Entidad federativa: 26.743 Municipio o delegación: 26.744 Localidad: 26.745 Tipo de asentamiento humano: 26.746 Entidad federativa: 26.747 Municipio o delegación: 26.748 Localidad: 26.749 Tipo de asentamiento humano: 26.750 Entidad federativa: 26.751 Municipio o delegación: 26.752 Localidad: 26.753 Tipo de asentamiento humano: 26.754 Entidad federativa: 26.755 Municipio o delegación: 26.756 Localidad: 26.757 Tipo de asentamiento humano: 26.758 Entidad federativa: 26.759 Municipio o delegación: 26.760 Localidad: 26.761 Tipo de asentamiento humano: 26.762 Entidad federativa: 26.763 Municipio o delegación: 26.764 Localidad: 26.765 Tipo de asentamiento humano: 26.766 Entidad federativa: 26.767 Municipio o delegación: 26.768 Localidad: 26.769 Tipo de asentamiento humano: 26.770 Entidad federativa: 26.771 Municipio o delegación: 26.772 Localidad: 26.773 Tipo de asentamiento humano: 2

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

67

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO

5. CURP: [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora  99, SI  1, No  2

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Se ignora  9, Otra  2

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  4, Separado(a)  6, Viudo(a)  2, Casado(a)  5, Divorciado(a)  1, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.1 Tipo de vivienda: [Redacted]

10.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]

10.3 Núm. Exterior: [Redacted]

10.4 Núm. Interior: [Redacted]

10.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA

10.6 Nombre del asentamiento humano: IGUALA

10.7 Código Postal: [Redacted]

10.8 Localidad: IGUALA

10.9 Municipio o delegación: IGUALA

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1, Incompleta  2, Se ignora  99

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted]

12.1 Trabajaba: SI  1, No  2, Se ignora  99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  10, Otra  99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9

14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]

14.2 Clave Única de Establecimiento (CUE) (UES): [Redacted]

14.3 Nombre de la vivienda: [Redacted]

14.4 Hogar  11, Se ignora  99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

15.1 Tipo de vivienda: [Redacted]

15.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]

15.3 Núm. Exterior: [Redacted]

15.4 Núm. Interior: [Redacted]

15.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA

15.6 Nombre del asentamiento humano: IGUALA

15.7 Código Postal: [Redacted]

15.8 Localidad: IGUALA

15.9 Municipio o delegación: IGUALA

15.10 Entidad federativa: GUERRERO

16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco -)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  1, No  2, Se ignora  99

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco -)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debió ser: [Redacted]

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) Debió ser: [Redacted]

d) Debió ser: [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 AÑOS O MÁS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, El parto  2, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  3

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  1, No  2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ¿CÓMO FUE? 22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de: Vivienda particular  0, Área deportiva (taller, fábrica u obra)  6, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Calle o carretera (vía pública)  3, Escuela u oficina pública  2, Área comercial o de servicio  4, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: [Redacted]

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted]

22.7.4 Núm. Interior: [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA

22.7.6 Nombre del asentamiento humano: IGUALA

22.7.7 Código Postal: [Redacted]

23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

24. PAREJA CONYUGAL DEL FALLECIDO(A): [Redacted]

25. CATEGORÍA DEL CERTIFICANTE: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

28. DOMICILIO Y TELÉFONO: [Redacted]

28.1 Localidad: IGUALA

28.2 Municipio o delegación: IGUALA

28.3 Entidad federativa: GUERRERO

28.4 Día: [Redacted]

28.5 Mes: [Redacted]

28.6 Año: [Redacted]

28.7 Teléfono: [Redacted]

29.1 Teléfono: [Redacted]

30.1 Localidad: IGUALA

30.2 Municipio o delegación: IGUALA

30.3 Entidad federativa: GUERRERO

30.4 Día: [Redacted]

30.5 Mes: [Redacted]

30.6 Año: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]

31.1 Año: [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

32.1 Localidad: IGUALA

32.2 Municipio o delegación: IGUALA

32.3 Entidad federativa: GUERRERO

32.4 Día: [Redacted]

32.5 Mes: [Redacted]

32.6 Año: [Redacted]

Art. 113 Fracc. I Ley de

Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

668

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS COMO A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO

5. CURP [REDACTED]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si  1, No  2, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD Mexicana  1, Otra  2, Se ignora  9

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [REDACTED], Para menores de un día [REDACTED], Para menores de un mes [REDACTED], Para menores de un año [REDACTED], Para personas de un año o más [REDACTED]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a)  6, Vuido(a)  2, Casado(a)  5, Divorciado(a)  3, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [REDACTED]

10.3 Num. Exterior: [REDACTED], 10.4 Num. Interior: [REDACTED], 10.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA, 10.6 Código Postal: [REDACTED], 10.7 Localidad: IGUALA, 10.8 Municipio o delegación: IGUALA, 10.9 Nombre del asentamiento humano: GUERRERO, 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero): [REDACTED]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

11.1 La escolaridad seleccionada es: [REDACTED] BÍTUL, Se ignora  99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, OTRA  8, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, C. H. [REDACTED], IMSS PROSPERA  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9, 14.3 Número de seguridad social o afiliación: [REDACTED], 14.4 Nombre del lugar: [REDACTED], 14.5 Tipo de lugar: Hogar  1, Se ignora  99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: BOULEVAR, 15.1 Tipo de vialidad: BOULEVAR, 15.2 Nombre de la vialidad: CENTRO, 15.3 Num. Exterior: [REDACTED], 15.4 Num. Interior: [REDACTED], 15.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA, 15.6 Nombre del asentamiento humano: GUERRERO, 15.7 Código Postal: [REDACTED], 15.8 Localidad: IGUALA, 15.9 Municipio o delegación: IGUALA, 15.10 Entidad federativa: GUERRERO

16. FECHA DE DEFUNCIÓN: Mes [REDACTED], Año [REDACTED], 16.1 Hora: [REDACTED], 16.2 Minutos: [REDACTED]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [REDACTED]

b) [REDACTED]

c) [REDACTED]

d) [REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 8 días, 1 AÑO, 1 AÑO, 30 AÑOS

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EMBARAZO O EN PERIODO DE PUERPERIO

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, El parto  2, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, No estuvo embarazada o en período de puerperio en los últimos 11 meses previos a la muerte  5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si  1, No  2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [REDACTED]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si  1, No  2, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  0, Área deportiva (taller, fábrica u obra)  6, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Calle o carretera (vía pública)  4, Área industrial (taller, fábrica u obra)  6, Granja (rancho o parcela)  7, Área comercial o de servicio  5, Otro  8, Se ignora  9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [REDACTED]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: VOZINAPA, 22.7.1 Tipo de vialidad: VOZINAPA, 22.7.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED], 22.7.3 Num. Exterior: [REDACTED], 22.7.4 Num. Interior: [REDACTED], 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED], 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED], 22.7.7 Código Postal: [REDACTED], 22.7.8 Localidad: [REDACTED], 22.7.9 Municipio o delegación: [REDACTED], 22.7.10 Entidad federativa: [REDACTED]

23. NOMBRE: [REDACTED], 23.1 Nombre(s), 23.2 Primer Apellido, 23.3 Segundo Apellido, 23.4 Parentesco con el(la) fallecido(a): [REDACTED]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [REDACTED]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico\*  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil\*  5, Otro\*  8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [REDACTED], Número de la cédula profesional: [REDACTED]

27. NOMBRE: [REDACTED], 27.1 Nombre(s), 27.2 Primer Apellido, 27.3 Segundo Apellido

28. DOMICILIO Y TELÉFONO: [REDACTED], 28.1 Tipo de vialidad: [REDACTED], 28.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED], 28.3 Num. Exterior: [REDACTED], 28.4 Num. Interior: [REDACTED], 28.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA, 28.6 Código Postal: [REDACTED], 28.7 Localidad: IGUALA, 28.8 Municipio o delegación: GUERRERO, 28.9 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED], 28.10 Entidad federativa: GUERRERO

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: [REDACTED], 29.1 Tipo de vialidad: [REDACTED], 29.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED], 29.3 Num. Exterior: [REDACTED], 29.4 Num. Interior: [REDACTED], 29.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA, 29.6 Código Postal: [REDACTED], 29.7 Localidad: IGUALA, 29.8 Municipio o delegación: GUERRERO, 29.9 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED], 29.10 Entidad federativa: GUERRERO

30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 30.1 Localidad: [REDACTED], 30.2 Municipio o delegación: [REDACTED], 30.3 Entidad federativa: [REDACTED], 30.4 Día: [REDACTED], 30.5 Mes: [REDACTED], 30.6 Año: [REDACTED]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 31.1 Acta Núm.: [REDACTED], 31.2 Libro Núm.: [REDACTED]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [REDACTED], 32.2 Municipio o delegación: [REDACTED], 32.3 Entidad federativa: [REDACTED], 32.4 Día: [REDACTED], 32.5 Mes: [REDACTED], 32.6 Año: [REDACTED]

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

669

OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: AIDADOR NOGAL 4 COLONIA ADRIAN CASTREJON IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 01:10

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJA

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

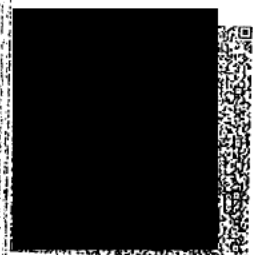
DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS  
SECRETARIA DE LA REPUBLICA  
POLICIA FEDERAL DE INVESTIGACION  
COMISION PARA EL CASO  
AYOTZINAPAPA

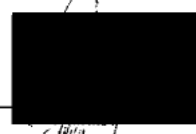
FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFIRMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



SELO DE LA OFICINA  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2018-2019





**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

670

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0463

Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Marzo del 2018.

Se autoriza al c. Funerales de Dios con domicilio Col. Zapicho tel. nº 331022975 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]

ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150  
[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

12-04-2018  
Neta

Iguala de la Independencia, Gro., a 01 de Abril de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	27/03/2018	[Redacted]
[Redacted]	30/03/2018	[Redacted]
[Redacted]	31/03/2018	[Redacted]



AL DE LA REPÚBLICA  
AL DE INVESTIGACIÓN  
N PARA EL CASO  
TZINDEA Abril

SEMANA DEL 26 AL 01 DE ABRIL

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

672

**DIRECCION DE PANTEONES**  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes Marzo del 2018.

Se autoriza al C. Funerarias Valladares con domicilio Calle Ruffo Figueroa Colonia 4º 24 Feb. tel. no. 733/307229 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.


[Redacted]



SECRETARÍA DE GOBIERNO  
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y INFRAESTRUCTURA  
SECRETARÍA DE TURISMO  
SECRETARÍA DE FERIA Y EXPOSICIONES  
SECRETARÍA DE CULTURA Y PATRIMONIO  
SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y TERRITORIO  
SECRETARÍA DE TRANSPORTE  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA  
SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL  
SECRETARÍA DE AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES  
SECRETARÍA DE AGRIICULTURA, GANADERÍA Y DESARROLLO RURAL  
SECRETARÍA DE ENERGÍA  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y INFRAESTRUCTURA  
SECRETARÍA DE TURISMO  
SECRETARÍA DE FERIA Y EXPOSICIONES  
SECRETARÍA DE CULTURA Y PATRIMONIO  
SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y TERRITORIO  
SECRETARÍA DE TRANSPORTE  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA  
SECRETARÍA DE DEFENSA NACIONAL  
SECRETARÍA DE AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES  
SECRETARÍA DE AGRIICULTURA, GANADERÍA Y DESARROLLO RURAL

**DIRECTOR DE PANTEONES.**

(733) 33 396 00 Ext. 150

 **Palacio Municipal**  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 30 del mes Marzo del 2018.

Se autoriza al HELEN Q. RYEDA-MARON con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #48 tel. no. 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de Sr. [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[Redacted]



ATENTAMENTE  
 [Redacted]  
 DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
 Vicente Guerrero No. 1  
 Col. Centro, C.P. 40000  
 Iguala de la Independencia,  
 Guerrero



PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

AMPLIACION

€ 20187

VERAL DE LA REPUBLICA  
ECIAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

" ABRIL "

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

Recibido  
Núm 1  
09-04-18

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 08 de Abril de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**

**FECHA**

**UBICACIÓN**

[Redacted] 03/04/2018 [Redacted]

[Redacted] 07/04/2018 [Redacted]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



SEMANA DEL 07 AL 08 DE Abril

FEDERAL DE LA REPÚBLICA  
CIAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO  
YOTZINARA

[Redacted Signature]

ADMINISTRADOR



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

677

Serie c2

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha 03/04/2018 10:38:40 AM

Lugar de Expedición 40000

Número Recibo

Versión 3.3

Número de serie del Certificado

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. MII850101U71

Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente

R.F.C. XAXX010101000

Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

INHUMACION DE

SERIE Ñ FOLIO

Cv. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe	
3161700	1.0	C62	LOTE	4143-02-001 INHUMACIONES	98.27	0.00	98.27	
3161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.74	0.00	14.74	
Importe con Letra: (CIENTO TRECE PESOS 01/100 M.N.)							SubTotal	113.01
							Descuento	0.00
							Total Comprobante	113.01

Clave Fiscal UUID c43cf512-f2db-443d-83f3-02ae4d5a5dd1

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA PARA EL CASO  
OTZINAPA

Asesor

Código digital del CFDI:

1Jzj6O+dp8AY2h3Ezq+QXkp6L44U/sSRLtQI7KwTBLhxmuoYJwCxx6z5uFSv9afRDiPzCL0tSPHGHERPA7ky98UDEDMKXcCMLm+IMHxgM+NPXpTKf5uCAyvxr/PEiOVbuJmhyq0mfe47b6urQWJZol  
23nTA60durb4O2Cy/RnuF6GgfrEk8mBK6qCLw8dTgImhTCBddLxEVJcEF6SEIN/m7UG6U+VRWK-qXAAOUrGbi77b/LBDUHJ/+Cf2mdOKoaM80rYs65gblxUDdpsYj4ea6XEKh50qYNR8L2ygFWgCrB  
F79Qm6rZ0v183CCJB2z2K+rw52Yw6VwntSLY/A==

Código del SAT:

M1aVJ3p7FW1EBIphcADSRm1iyqm3oJyupu6TeHNoFX69rTIE0UZgnN7v4q/GPKMj6Mbm8+i2yzlkaDje1jZLQuerx9RHINPsTCc8BJ0UIDRWMdCNKwfwNI0NGzDq  
4iRDxeJGLKOh5gvRHFvM+Z+RPMe4Zq1psTe+P0Z7D13F4jMP1sT7WSTsP3W5LpP8skebA8MYwVUV6FvLqEWjM51/Ra1aOe/xYLTerDG+3WccicliL4faMZsejnB  
q3DpfC4UzFEf/sdKuEe7VktjliH9umisjSRwAop6vpKjAT1QhLSydtByW5kOvMX114ya/qn2S4ZqU6FmoJg==

cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

1.1c43cf512-f2db-443d-83f3-02ae4d5a5dd1|2018-04-03T10:26:58JmJJzj6O+dp8AY2h3Ezq+QXkp6L44U/sSRLtQI7KwTBLhxmuoYJwCxx6z5uFSv9afRDiPzCL0tSP  
HGHERPA7ky98UDEDMKXcCMLm+IMHxgM+NPXpTKf5uCAyvxr/PEiOVbuJmhyq0mfe47b6urQWJZolS23nTA60durb4O2Cy/RnuF6GgfrEk8mBK6qCLw8dTgImhTC  
BddLxEVJcEF6SEIN/m7UG6U+VRWK+qXAAOUrGbi77b/LBDUHJ/+Cf2mdOKoaM80rYs65gblxUDdpsYj4ea6XEKh50qYNR8L2ygFWgCrBhF79Qm6rZ0v183CCJB2z



Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

678

Serie c2

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha 03/04/2018 10:37:06 AM

Lugar de Expedición 40000

Número Recibo

Versión 3.3

Número de serie del Certificado

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. MII850101U71

Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente

R.F.C. XAXX010101000

Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL LOTE 269 4CTA. SECC. 1RA. AMP.

SERIE Ñ FOLIO

Iv. Prod.	Cant.	Civ. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe	
3161700	1.0	C62	LOTE	4149-01-009-113 APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL.	244.36	0.00	244.36	
3161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	36.65	0.00	36.65	
Importe con Letra: (DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS 01/100 M.N.)							SubTotal	281.01
							Descuento	0.00
							Total Comprobante	281.01

o. Fiscal UUID 8f8a41c4-e037-45d0-b187-552a7cd07cc3

o. de Serie del Certificado SAT

echa y Hora de Certificación



ERAL DE LA REPUBLICA  
IAL DE INVESTIGACIÓN  
IÓN PARA EL CASO  
/OTZINAPA

ero  
llo digital del CFDI:

L15X1j5FSgZBbVjrAgXFvWbZ8jOWAw4CEb3Mz/dvWx/mapAynGqUe9Qlra4OIFDk6jwlettIk8IA24E9IHSPlq6vZ78eyEplLgrP8P5+IB/yuM2ah5MI9ITDeuv500sE3WIA84VGGmhorPqmP8A2xcBxJJPgYs/xJEncu12xf8oUSuX79xIYwsb53HILiWtutcvgrkx0RjFQ4DxVWqxAP9fddVdM++wy+dfhThr7GBnxR6FDRX0VIRGVqAGfbGg/+m3tY1GKrtIAjBWO7rRdtkoCwTKKbaFbYdZv0/anqIZb41AbvEsZoS29Sbom+q230YiWCj/Bm0Qllw==

lo del SAT:

JQShPV8Fluy670Z7sb0V7gZ2Y+95TOO8HYEuqgPVqxrkkwxiFXra9bxB+Up3VI6aqKGLzHA58T6BdFvrpEwUtU28rxVN9GCAC/IQvO5Bib5+2biMJ0oCed4cagxyxbHQNEJVmsRv5sdGzO+rqwkA6232rd7eUVxix6zi04oTwpZDDqC9rFNni1bhWNtYFVSKSf6NnjCpy6gCGz6tV7x7xvns2GP6K2fP1FunLNu6LbBY0GuDHIG1ludfJKzgd1HX8/ynerQ2THXFVPhJZPYLn+ZXSEof71xSnzQEEfMywFV0SuAQsQJ/9nQaD+bvstAGCOOT9POZwA==

adena Original del complemento de certificación digital del SAT:

118f8a41c4-e037-45d0-b187-552a7cd07cc3|2018-04-03T10:25:38|VIL15X1j5FSgZBbVjrAgXFvWbZ8jOWAw4CEb3Mz/dvWx/mapAynGqUe9Qlra4OIFDk6jwlettIk8IA24E9IHSPlq6vZ78eyEplLgrP8P5+IB/yuM2ah5MI9ITDeuv500sE3WIA84VGGmhorPqmP8A2xcBxJJPgYzts/xJEncu12xf8oUSuX79xIYwsb53HILiWtutcvgrkx0RjFQ4DxVWqxAP9fddVdM++wy+dfhThr7GBnxR6FDRX0VIRGVqAGfbGg/+m3tY1GKrtIAjBWO7rRdtkoCwTKKbaFbYdZv0/anqIZb41AbvEsZoS29Sbom+q230YiWCj/Bm0Q



Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

Nº 0785

Iguala de la independencia, Gro., a 07 del mes Abril del 2018.

Se autoriza al C. Hollan Q. Rueda Matón con domicilio Av. Bandera Abasco #48, Centro tel. no. 2-65-95, la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE  
 DIRECTOR GENERAL DE LA REPÚBLICA  
 FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN  
 FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO  
 AYOTZINAPA C.  
 DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
 Vicente Guerrero No. 1  
 Col. Centro, C.P. 40000  
 Iguala de la Independencia,  
 Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
 www.iguala.gob.mx

680

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

341  
04/2018

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 15 de Abril de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	09/04/2018	[Redacted]
[Redacted]	09/04/2018	[Redacted]
[Redacted]	12/04/2018	[Redacted]
[Redacted]	16/04/2018	[Redacted]
		Épendiente
		Autorizo "Don Enrique"



SEMANA DEL 09 AL 15 DE ABRIL  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

No



Iguala de la independencia, Gro., a 09 del mes Abril del 2018

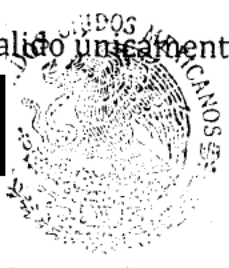
Se autoriza al C. Helton O. Rueda Mazon con domicilio Av. Bandera Nacional #48, Centro tel. no. 2-65-95 la inhumacion de la persona que en vida respondi al nombre de [Redacted] La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado medico de defuncion.
• 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteon.
• 1 copia del acta de defuncion.
• 1 copia del recibo de pago de inhumacion y apertura de fosa
• 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el tramite.

Nota: en caso de no presentar documentacion, se procederá conforme a derecho.

Con fecha limite de: dos dias habiles.

Permiso valido unicamente sabado, domingo y dias festivos.



ATENTAMENTE

GENERAL DE LA REPUBLICA
ECIAL DE INVEST
CION PARA EL C
AYOTZINAPA

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

682

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG.

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)** [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

**2. FECHA DE NACIMIENTO** [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Día Mes Año

**3. SEXO** Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

**4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** [Redacted]  
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

**5. CURP** [Redacted] Se ignora 99

**6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** SI 1 No 2 Se ignora 9

**7. NACIONALIDAD** Mexicana 1 Otra 2 → Especifique

**8. EDAD CUMPLIDA** Para menores de una hora: [Redacted] Minutos  
Para menores de un día: [Redacted] Horas  
Para menores de un mes: [Redacted] Dias  
Para menores de un año: [Redacted] Meses  
Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos Se ignora 9

**9. ESTADO CONYUGAL** Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5  
En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

**10. RESIDENCIA HABITUAL**  
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE  
10.1 Tipo de vialidad  
COLONIA  
10.2 Nombre de la vialidad  
CENTRO  
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted]  
10.5 Tipo de asentamiento humano TGUALA 10.6 Nombre del asentamiento humano TGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO  
10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

**11. ESCOLARIDAD** Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5  
Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

**11.1 La escolaridad seleccionada es:** Completa 1 Incompleta 2

**12. OCUPACIÓN HABITUAL** [Redacted] Se ignora 99  
12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

**13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8  
IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99  
13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN**  
Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7  
IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9  
14.1 Tipo de unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]  
Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN**  
CALLE  
15.1 Tipo de vialidad  
COLONIA  
15.2 Nombre de la vialidad  
CENTRO  
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted]  
15.5 Tipo de asentamiento humano TGUALA 15.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO  
15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa

**16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN** [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Año Mes Día Horas Minutos

**17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** SI 1 No 2 Se ignora 9

**18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** SI 1 No 2

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)  
PARTE I  
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  
a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 7 DIAS Código CIE [Redacted]  
b) [Redacted] 3 AÑOS [Redacted]  
c) [Redacted] 15 AÑOS [Redacted]  
d) [Redacted] [Redacted]  
PARTE II  
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo  
GENERAL DE LA REPUBLICA

**20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** Código CIE [Redacted]

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS**  
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3  
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5  
21.2 ¿Las causas anotadas tuvieron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2  
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE**  
22.1 Fue un presunto accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9  
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9  
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 (taller, fábrica u obra) 6  
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Granja (rancho o parcela) 7  
Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Se ignora 9  
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]  
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]  
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]  
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio  
22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]  
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]  
22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

**23. NOMBRE** [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

**24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)** [Redacted]

**25. CERTIFICADA POR** Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico\* 3  
Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil\* 5 Otro\* 8 \*Especifique [Redacted]  
**26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO** [Redacted] Profesional 1 No profesional 2

**27. NOMBRE** [Redacted]

**28. FECHA Y HORA DE LA CERTIFICACIÓN** [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Año Mes Día Horas Minutos

**29. DOMICILIO Y TELÉFONO**  
CALLE  
29.1 Tipo de vialidad  
CENTRO  
29.2 Nombre de la vialidad  
COLONIA  
29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted]  
29.5 Tipo de asentamiento humano TGUALA 29.6 Nombre del asentamiento humano TGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO  
29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

**30. FECHA DE CERTIFICACIÓN** [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Año Mes Día Horas Minutos

**31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA** [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Municipalidad

**32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO** [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]  
Localidad Año Mes Día

**Motivación 2**

683



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	
<b>FINADO</b>			
NOMBRE:	[REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/>	MUJER <input checked="" type="radio"/>
	NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
		AÑOS MESES DIAS HORAS	
LUGAR DE NACIMIENTO:	[REDACTED]	[REDACTED]	MEXICO
	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	[REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]	
	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO
	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	MEXICANA
<b>FALLECIMIENTO</b>			
FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	HORA:	18:20
LUGAR:	[REDACTED]	CERTIFICADO NO.:	[REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>		NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: NUEVO MUNICIPAL
UBICACION:	[REDACTED]	ORDEN NO.:	[REDACTED]
DONDE FALLECIO:	[REDACTED]	COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) [REDACTED]		
	B) [REDACTED]		
	C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	[REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	[REDACTED]		
DOMICILIO:	[REDACTED]	COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO	
<b>DECLARANTE</b>			
NOMBRE:	[REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	HIJO
DOMICILIO:	[REDACTED]	OCUPACION:	CONTADOR PUBLICO
<b>TESTIGOS</b>			
NOMBRE:	[REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO:	[REDACTED]	OCUPACION:	EMPLEADA
NOMBRE:	[REDACTED]	EDAD:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO:	[REDACTED]	OCUPACION:	EMPLEADO
<b>INVESTIGACION</b>			
<b>NECESA EL CASO</b>			
<b>IZIRAPA</b>			
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.-			

FIRMAS

TESTIGO | DECLARANTE | TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



EL AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
MUNICIPAL DE LA INDEPENDENCIA, OEA  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2018-2018

Iguala Gro, a 18 de abril de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la segunda sección de la primera Ampliación el día 15 de abril del año en curso.

AT [REDACTED] AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.  
PANTEONES  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO  
DIRECCIÓN DE PANTEONES



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
JURÍDICA PARA EL CASO  
OTZINAPA



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

195

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

**DEL FALLECIDO**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] Se ignora 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 → Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 4/18 Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2 12. OCUPACIÓN [Redacted] Se ignora 9 12.1 Trabajaba Si 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica pública 8 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Via pública 10 Otro lugar 1 Hogar 11 Se ignora 9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.3 Num. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] Día Mes Año [Redacted] Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE DE MUJERES EN EL CASO 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 El parto 2 1 a 42 días previos a la muerte 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1 No 2 Se ignora 9 22.3 Si es donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 1 Área recreativa 3 Vivienda colectiva (caso o departamento) 2 Calle o carretera pública 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Num. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

**DEL INF.**

23. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

**DEL CERTIFICANTE**

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico\* 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil\* 5 Otro\* 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted] 27. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Num. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

*Nota  
25-04-18*

Iguala de la Independencia, Gro., a 22 de Abril de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	16/04/2018	[Redacted]
[Redacted]	21/04/2018	[Redacted]



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA GENERAL PARA EL CASO  
OTZINAPA

SEMANA DEL 16 AL 22 DE Abril

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C [Redacted]  
ADMINISTRADOR



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

687

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99 Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____		Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____		Se ignora <input type="radio"/> 9
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____
8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre del asentamiento humano _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Localidad _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____ Código CIE _____ Código CIE _____ Código CIE _____
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE VIOLENTA 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____
22.7.1 Tipo de vialidad _____		22.7.2 Nombre de la vialidad _____
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____
22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____		22.7.7 Código Postal _____
22.7.8 Localidad _____		22.7.9 Municipio o delegación _____
22.7.10 Entidad federativa _____		
23. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Localidad _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____

Art. 11 Fracc. VII LFTAI Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAI Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: _____		SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____		GUERRERO MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: _____		ESTADO CIVIL: _____
NOMBRE DEL CONYUGE: _____		NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: _____		HORA: 10:20
LUGAR: _____		CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL
UBICACION: _____		ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____		IGUALA, GUERRERO
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____		
B) _____		
C) _____		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____		
DOMICILIO: _____ NTRO. IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: HIJO
DOMICILIO: _____		OCUPACION: EMPLEADO
TESTIGOS		
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: _____, GUERRERO		OCUPACION: EMPLEADA
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: _____		OCUPACION: EMPLEADO
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELO DE LA OFICIALIA  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.  
OFICIALIA-01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

Art. 10  
Fracc. VII  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Art. 113  
LFTAIP  
Motivación 2

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

689

Naty  
30-04-18

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 29 de Abril de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	23/04/2018	[Redacted]
[Redacted]	24/04/2018	[Redacted]
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
RACION PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

SEMANA DEL 23 AL 29 DE Abril

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



Iguala de la independencia, Gro., a 23 del mes Abril del 2018.

Se autoriza al C. Jardines de la Paz  
con domicilio Salvador Herrera #4-A Col. Centro  
tel. no. 33 3 31 42 la inhumación de la persona que en vida respondió  
al nombre de [REDACTED]. La  
persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin  
tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación.
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

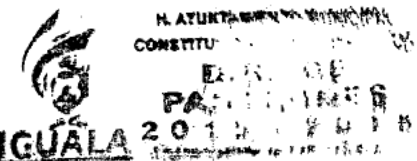
**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente ~~sábado~~, domingo y días festivos.



ALTERNATIVAMENTE  
AL DIRECTOR  
PARA EL



C. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 145

correo@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero, Mexico

692



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA		
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IZTAPALAPA DISTRICTO FEDERAL MEXICO		
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 10:50		
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]		
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]		
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]		
DONDE FALLECIO: [REDACTED] TRO. IGUALA, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] NIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: ESPOSA		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: AMA DE CASA		
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: COMERCIANTE		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO		

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS NOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO [REDACTED]

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN  
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SECRETARIA DE LA REPUBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACION  
POLICIA FEDERAL PARA EL CASO  
OTZINAPA  
LIC. DANIEL AYALA SUAREZ



SELO DE LA OFICINA  
H. AYUSTAMIENTO  
CONSTITUCION  
REPUBLICA MEXICANA  
OFICINA DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

INTERESADO

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

692

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. [Redacted] Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

3. SEXO: Hombre  Mujer  Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO

5. CURP: [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora  SI  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD: Mexicana  Se ignora  Otra  Especifique

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) LA TIE [Redacted]

10.1 Tipo de vitalidad: [Redacted]

10.3 Núm. Exterior: [Redacted] Interior: [Redacted]

10.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

10.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

10.7 Código Postal: [Redacted]

10.8 Localidad: IZTAPALAPA

10.9 Municipio o delegación: IZTAPALAPA

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): DMX

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora

12.1 Trabajaba SI  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  Unidad médica pública  Unidad médica privada  Hogar  Otro lugar  Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: BULEVARD [Redacted]

15.3 Núm. Exterior: 3

15.4 Núm. Interior: [Redacted]

15.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

15.6 Nombre del asentamiento humano: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA TGUATA

15.7 Tipo de vitalidad: [Redacted]

15.8 Localidad: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA TGUATA

15.9 Municipio o delegación: TGUATA

15.10 Entidad federativa: GUERRERO

16. FECHA Y HORAS: [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  No  Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 12 HRS

b) [Redacted] Causas antecedentes: 3 DIAS

c) [Redacted] 5 MESES

d) [Redacted] 20 AÑOS

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  43 días a 11 meses después del parto o aborto  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  No  Se ignora

22.3 ¿Ocurrió en un área de vivienda particular (asilo, orfanato, etc.)? SI  No  Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vitalidad: [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vitalidad: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

22.7.7 Código Postal: [Redacted]

22.7.8 Localidad: [Redacted]

22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted]

22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]

23. NOMBRE: [Redacted]

24. RELACIÓN CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  Médico legista  Otro médico\*  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil\*  Otro\*

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. NOMBRE: [Redacted]

28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO: BULEVARD [Redacted]

29.1 Tipo de vitalidad: [Redacted]

29.2 Nombre de la vitalidad: [Redacted]

29.3 Núm. Exterior: 3

29.4 Núm. Interior: [Redacted]

29.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

29.7 Código Postal: [Redacted]

29.8 Localidad: IGUALA

29.9 Municipio o delegación: GUERRERO

29.10 Entidad federativa: [Redacted]

29.11 Teléfono: [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO: [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

32.1 Localidad: Iguala

32.2 Municipio o delegación: Iguala

32.3 Entidad federativa: Guerrero

32.4 Día Mes Año: [Redacted]



180285177

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

# PANTEON MUNICIPAL

# PRIMERA

# AMPLIACION

2018

ERAL DE LA REPUBLICA  
IAL DE INVESTIGACION  
ION PARA EL CASO  
OTZINAPA

"MAYO"



PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

694

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 06 de Mayo de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[Redacted]	01/05/2018	[Redacted]
[Redacted]	01/05/2018	[Redacted]
[Redacted]	06/05/2018	[Redacted]



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCAL DE INVESTIGACIÓN  
NACIONAL PARA EL CASO  
YOTZINAPA

SEMANA DEL 30 AL 06 DE Mayo

ATENTAMENTE

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR

Recibido  
Jaime [Redacted]  
07/05/18

Nº 0819

Iguala de la independencia, Gro., a 1 del mes Mayo del 2018.

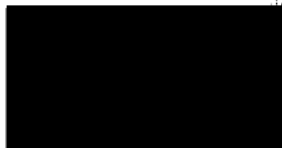
Se autoriza al C. Laura Rueda con domicilio Blanca 29 tel. no. 24307 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA PARA EL CASO  
TOTZINAPA  
C. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx



SECRETARÍA DE SALUD  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

696

DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN  
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF. DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____			
16. Fecha de defunción: Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">           PARTE I            Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente            a) _____            Debido a (o como consecuencia de) _____            b) _____            Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica            c) _____            d) _____         </td> <td style="width: 30%;">           Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____            No exclusivo de personal facultado _____            Código CIE _____         </td> </tr> </table> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ No exclusivo de personal facultado _____ Código CIE _____
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ No exclusivo de personal facultado _____ Código CIE _____		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE DEL INF. _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____			
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
28. FIRMA _____			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
31. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO? _____			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____			

Art. 110  
 Fracc. V y VII  
 Motivación 1

Art. 113  
 LFTAIP  
 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



697

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: _____		SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____	NACIONALIDAD: MEXICANA
AÑOS MESES DIAS HORAS		
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	GUERRERO	MEXICO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
DOMICILIO HABITUAL: _____		ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		
IGUALA	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE _____		NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: _____	HORA: 15:30	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.: _____	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>		NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL
UBICACION: _____		ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____ IGUALA, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____		
B) _____		
C) _____		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____		
DOMICILIO: _____ UALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: YERNO
DOMICILIO: _____ GUERRERO		OCUPACION: EMPLEADO
TESTIGOS		
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: _____ UALA, GUERRERO		OCUPACION: EMPLEADA
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: _____ TIGACION		OCUPACION: EMPLEADO
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUERIMIENTO PARA EL CASO AVOTZINAPA		

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU NOMBRE Y FIRMA

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MAYORANTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, COAH.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2018

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 6 del mes MAYO del 2018

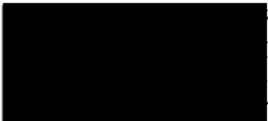
Se autoriza al C. FUNERARIES GUTIERREZ con domicilio CARRET - NAC - NEX - ACAPY PERIF. S/N. tel. no. 3321034 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de SR [Redacted] La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AL SEÑOR DIRECTOR DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIONES  
POLICIALES PARA EL CASO  
DE TZINAPA

C. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

☎ (733) 33 396 00 Ext. 150

📍 Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

✉ [presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

699

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 13 de Mayo de 2018

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[REDACTED]	07/05/2018	4ta-S Fosa Comon
[REDACTED]	09/05/2018	4ta-S, L-156 "F. Rueda"
[REDACTED]	09/05/2018	3ra-S, Fosa Comon "Exhumacio
[REDACTED]	11/05/2018	2da-S, L-445 "F. Gutierrez
[REDACTED]	12/05/2018	4ta-S, L-462 "F. Gutierrez"



GENERAL DE LA REPUBLICA  
SOCIAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO  
AYCTZINAPA

SEMANA DEL 07 AL 13 DE Mayo

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

Recibo.  
14-05-2018

[REDACTED]

Iguala Gro, a 7 de mayo de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal.

ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
DIRECCIÓN DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO  
PANTEONES  
2018  
DESARROLLO



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SOCIAL DE INVESTIGACIÓN  
CIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 01

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
	2. _____ Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>IGUALA DE LA INDEPENDENCIA</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		
DE LA DEFUNCIÓN	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>33</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>NARDO</u> 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 _____ 10.7 Código Postal <u>NARDO</u> 10.8 Localidad <u>COL</u> 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Nombre del asentamiento humano <u>GUERRERO</u> 10.11 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2
	12. Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 9		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>GUERRERO</u> 15.7 Código Postal <u>NARDO</u> 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año _____ Horas Minutos <u>1600</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados patológicos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 años</u> <u>10 años</u> <u>10 años</u> <u>1 año</u> Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.6 _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Tío</u>
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input checked="" type="radio"/> 8 Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
	27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior <u>3</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>CENTRO</u> 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad <u>IGUALA</u> 29.9 Municipio o delegación <u>GUERRERO</u> 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año _____
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ Art. 113 Fracc. IV Mes Año _____

Ar. 113 Fracc. IV  
 LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
 Motivación 1 Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

702

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] Se ignora

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana  Otra  Se ignora  Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Se ignora  En unión libre  Divorciado(a)  Soltero(a)

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad Colonia [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal Iguala 10.8 Localidad Iguala 10.9 Municipio o delegación Iguala 10.10 Entidad federaliva o país (si residía en el extranjero) Guerrero

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Tercera  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora  Completa  Incompleta  12.1 Trabajaba Si  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  Se ignora  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] Via pública  Otro lugar  Hogar  Se ignora  14.2 Clave Única [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad Colonia [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal Iguala 15.8 Localidad Iguala 15.9 Municipio o delegación Iguala 15.10 Entidad federaliva Guerrero

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si  No  Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

b) [Redacted]

c) [Redacted]

d) [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Jueves Código CIE [Redacted]

19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 59 AÑOS, ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? El embarazo  El parto  El puerperio  No estuvo o no ocurrió en los últimos 11 meses previos a la muerte  Si  No

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  No estuvo o no ocurrió en los últimos 11 meses previos a la muerte  Si  No

21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si  No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si  No  Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular  Área deportiva  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Calle o carretera (vía pública)  Escuela u oficina pública  Área comercial o de servicio  Área industrial (taller, fábrica u obra)  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federaliva [Redacted]

23. NOMBRE DEL INF. [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. [Redacted] DO(A)

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro  Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Avenida [Redacted] 29.1 Tipo de vialidad Centro [Redacted] 29.2 Nombre del asentamiento humano Iguala 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano Iguala 29.6 Localidad Iguala 29.7 Municipio o delegación Guerrero 29.8 Entidad federaliva [Redacted]

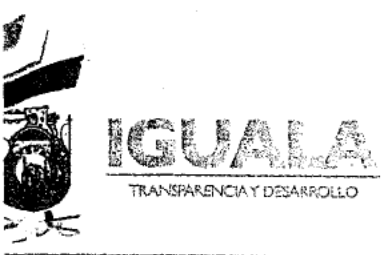
30. DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL O JUZGADO [Redacted] Libro Núm. [Redacted] Acta Núm. [Redacted]

31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad [Redacted] 31.2 Municipio o delegación [Redacted] 31.3 Entidad federaliva [Redacted] 31.4 Día Mes Año [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federaliva [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



DIRECCION DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO  
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.  
2015 - 2018

Iguala Gro, a 9 mayo de 2018.

AL DE LA REPUBLICA

Se autoriza a la C [redacted] La condonación del pago de Apertura de fosa para la exhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [redacted] (fosa común) de la primera Ampliación del Panteón Municipal.

ATENTAMENTE  
[redacted]  
[redacted]  
DIRECCIÓN DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
ISTRUCIONAL DE IGUALA, GRO  
ANTEONES  
2015 - 2018  
Y DESARROLLO



AL DE LA REPUBLICA  
EL DE INVESTIGACION  
N PARA EL CASO  
TZINAPA

AL SEÑOR AGENTE

SEÑOR AGENTE

GUBIERNHO DEL ESTADO

SECRETARIA DE JUSTICIA

SECRETARIA DE JUSTICIA  
ESTADO DE ZACATECAS

FORO DEL PRESIDENTE DE LA COMISION DE INVESTIGACION DE LA FISCALIA  
HARRON BENJAMIN DEL CONDADO DE FRANCISCO CHAVEZ CHAVEZ  
UN FORO DE LA FISCALIA CONDADO DE FRANCISCO CHAVEZ CHAVEZ  
[REDACTED] EN LA FISCALIA DE INVESTIGACION DE LA FISCALIA

SEÑOR AGENTE



SECRETARIA DE JUSTICIA  
ESTADO DE ZACATECAS



SECRETARÍA DE SALUD  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

706

ANTEON  
 MPAL

ELUINA

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Primer Apellido	
2. EDAD CUMPLIDA		3. SEXO	4. ENTIDAD DE ORIGEN
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN	
25. NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		26. ¿EL CERTIFICADO FUE EMITIDO POR EL MÉDICO TRATANTE?	
27. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		28. FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REVALIDAR ESTE ORIGINAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD



708

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 12 del mes MAYO del 2018.

Se autoriza al C. FUNERARIES GUTIERREZ con domicilio CARRET-NAC-MEX-ACAP Y PERIFERICO S/N tel. no. 3321034 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
 AL DE LA REPUBLICA  
 AL DE INVESTIGACION  
 ON PARA EL  
 OTZINAPA DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
 Vicente Guerrero No. 1  
 Col. Centro, C.P. 40000  
 Iguala de la Independencia,  
 Guerrero

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 709

*dati 21-05-2018*  
"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguuala de la Independencia, Gro., a 20 de Mayo de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**

**FECHA**

**UBICACIÓN**

[Redacted] 14/05/2018 [Redacted]

[Redacted] 16/05/2018 [Redacted]

[Redacted] 19/05/2018 [Redacted]

[Redacted] 20/05/2018 [Redacted]



MINISTERIO GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
Y FRENTE A LA DELINCUENCIA ORGANIZADA  
ACCIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA Mayo

SEMANA DEL 14 AL 20 Mayo

**ATENTAMENTE**

*[Handwritten signature]*

[Redacted signature]

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

710



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
0		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO	MEXICO
	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	
	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	MEXICO
	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	02:50
LUGAR: SECRETARIA DE SALUD	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	MUNICIPAL	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	COLONIA SAN JOSE, IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) B) C) C)		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	AV. COLONIA SAN JOSE, IGUALA, GUERRERO	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS NOTACIONES DEL IFTO, PRESENTO REQUISITOS.		
AL DE INVESTIGACION EN PARA EL CASO TZINAPA		

DECLARANTE: [Redacted] TESTIGO: [Redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELLO DEL OFICIAL  
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2015-2018



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 711

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO: Hombre  Mujer  Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD: Mexicana  Otra  Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  En unión libre  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.1 Tipo de vialidad: Calle [Redacted] Colonia [Redacted]

10.2 Módulo [Redacted] Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

10.7 Código Postal: [Redacted] 10.8 Localidad: Iguala [Redacted] 10.9 Municipio o delegación: Iguala [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta  12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora

12.1 Trabajaba: SI  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  Hospital General de Iguala [Redacted] Via pública  Otro lugar  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): [Redacted] Hogar  Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

15.1 Tipo de vialidad: Avenida [Redacted] Colonia [Redacted]

15.3 Núm. Exterior: [Redacted] 15.4 Núm. Interior: [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

15.7 Código Postal: [Redacted] 15.8 Localidad: Iguala [Redacted] 15.9 Municipio o delegación: Iguala [Redacted] 15.10 Entidad federativa: Guerrero [Redacted]

16. FECHA Y HORAS DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] 10:25:10 [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  No  Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  No

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 días [Redacted] Código CIE: [Redacted]

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a [Redacted] 30 días [Redacted]

c) Debido a [Redacted] 1 año [Redacted]

d) Debido a [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  No  21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora  22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  No  Se ignora  22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Escuela u oficina pública  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Área industrial (taller, fábrica u obra)  Granja o parcela (rancho o parcela)  Otro  Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE: [Redacted] Primer Apellido: [Redacted] Segundo Apellido: [Redacted] 24. [Redacted] A) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  Médico legista  Otro médico\*  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil\*  Otro\*  \*Especifique: [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula: [Redacted]

27. NOMBRE: [Redacted] Primer Apellido: [Redacted] Segundo Apellido: [Redacted] 28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: [Redacted] 29.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad: [Redacted] 29.3 Núm. Exterior: [Redacted] 29.4 Núm. Interior: [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 29.7 Código Postal: [Redacted] 29.8 Localidad: [Redacted] 29.9 Municipio o delegación: [Redacted] 29.10 Entidad federativa: [Redacted] 29.11 Teléfono: [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Fracc. I [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

L. REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA FOLIO DEL LIBRO JUZGADO: [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [Redacted] Libro Núm.: [Redacted] 33. MOTIVACIÓN: [Redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

712



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input type="radio"/>		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]	
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 08:00	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]	
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	TEPEC, IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: AMA DE CASA	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: 27	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADO	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITO PARA EL CASO AVOTZINAPA		

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED]      DECLARANTE [REDACTED]      TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
[REDACTED]

SELO DE LA OFICIALIA  
M. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2015-2016

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

18027763

Art. 110  
Fracc. V  
LFTAIIP  
Motivación 1

713

FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI  1, No  2, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Otra  2 → Especifique

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  4, Separado(a)  6, Vido(a)  2, Casado(a)  5, Divorciado(a)  3, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad [Redacted]

10.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted]

10.4 Núm. Interior [Redacted]

10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted]

10.8 Localidad [Redacted]

10.9 Municipio o delegación [Redacted]

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1, Incompleta  2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora  99

12.1 Trabajaba SI  1, No  2, Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, Otra  8, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

14.3 Vía pública  10, Hogar  11, Otro lugar  12, Se ignora  99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

15.1 Tipo de vialidad [Redacted]

15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted]

15.4 Núm. Interior [Redacted]

15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted]

15.8 Localidad [Redacted]

15.9 Municipio o delegación [Redacted]

15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA DE DEFUNCIÓN: Año [Redacted], Horas [Redacted], Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]

Código CIE [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  2

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  1, No  2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el siguiente lugar? Vivienda particular  0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Escuela u oficina pública  2, Área deportiva (taller, fábrica u obra)  3, Calle o carretera (vía pública)  4, Área comercial o de servicio  5, Granja (rancho o parcela)  6, Otro  8, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión [Redacted]

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted]

22.7.4 Núm. Interior [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted]

22.7.8 Localidad [Redacted]

22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]

22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE: [Redacted]

23.1 Nombre(s) [Redacted]

23.2 Primer Apellido [Redacted]

23.3 Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico\*  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil\*  5, Otro\*  8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: \*Especifique [Redacted]

26.1 Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE: [Redacted]

27.1 Nombre(s) [Redacted]

27.2 Primer Apellido [Redacted]

27.3 Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO

29.1 Tipo de vialidad [Redacted]

29.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

29.3 Núm. Exterior [Redacted]

29.4 Núm. Interior [Redacted]

29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

29.7 Código Postal [Redacted]

29.8 Localidad [Redacted]

29.9 Municipio o delegación [Redacted]

29.10 Entidad federativa [Redacted]

29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [Redacted], Mes [Redacted], Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]

31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad [Redacted]

32.2 Municipio o delegación [Redacted]

32.3 Entidad federativa [Redacted]

32.4 Día [Redacted], Mes [Redacted], Año [Redacted]

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIIP  
Motivación 2

LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA

714

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0814

Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes Mayo del 2018.

Se autoriza al C. Hellen Q. Rueda Mazón con domicilio Av. Bandera Nacional No. 48 tel. no. 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

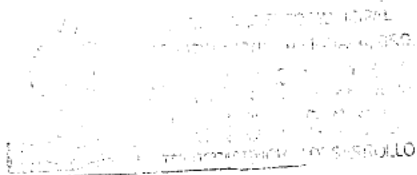
Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
ACCIÓN PARA  
AYOTZINAPA  
DIRECTOR DE PANTEONES.



(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 715

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 27 de Mayo de 2018

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	26/05/2018	[REDACTED]



SEMANA DEL 21 AL 27 DE Mayo  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
FEDERAL DE LA REPÚBLICA  
COMISIÓN PARA EL CASO  
YOTZINAPA

ATENTAMENTE  
[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

31/05/18  
Recibido  
[Signature]

716



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.  
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 6711.

ASUNTO: INFORME A REGISTRO  
CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (25) VEINTICINCO DIA(S) DEL MES DE MAYO  
DEL DOS MIL DIECIOCHO

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL IGUALA  
OFICIO OFICINA  
IGUALA  
PRESENTE.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA DEL  
SEXO MASCULINO QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]  
[REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: EDIFICIO [REDACTED] DE ESTA  
CIUDAD.

PADRES: [REDACTED] (VIVEN)

NACIONALIDAD: [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED] CO

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

\*38V1257V201814297891N2018\*  
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN

717



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.  
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 6711.

ASUNTO: INFORME A REGISTRO  
CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (25) VEINTICINCO DIA(S) DEL MES DE MAYO  
DEL DOS MIL DIECIOCHO

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: PANTEON MUNICIPAL (VIEJO) DE ESTA CIUDAD.

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A QUE HAYA  
LUGAR.

ATENTAMENTE  
MINISTERIO PÚBLICO DE INTEGRAL 2  
DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO.

[REDACTED]



COMISARÍA  
DISTRITO JUD. DE HIDALGO  
CIUDAD

GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN  
NACIONAL PARA EL CASO  
OTZINAPA

\*38V1257V2013L4297831N2018\*

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLKSWAGEN



CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

718

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS CALIFICADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si  1, No  2, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Otra  2, Se ignora  9

8. EDAD CUMPLIDA: [Redacted]

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a)  6, Viudo(a)  2, Casado(a)  5, En unión libre  4, Divorciado(a)  3, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) EDIFICIO [Redacted]

10.1 Tipo de vialidad [Redacted]

10.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted]

10.4 Núm. Interior [Redacted]

10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted]

10.8 Localidad: IGUALA

10.9 Municipio o delegación: IGUALA

10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): GUERRERO

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1, Incompleta  2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted]

12.1 Trabajaba: Sí  1, No  2, Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, Otra  8, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION: Secretaria de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION: CARRETERA [Redacted]

15.1 Tipo de vialidad [Redacted]

15.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted]

15.4 Núm. Interior [Redacted]

15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted]

15.8 Localidad: IGUALA

15.9 Municipio o delegación: IGUALA

15.10 Entidad federativa: GUERRERO

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Aplique una sola causa en cada renglón. En caso de haber más de una, anote cada una en un renglón aparte.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, El parto  2, El puerperio  3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí  1, No  2, Se ignora  9

22.3 ¿Ocurrió en un área de recreación? Sí  1, No  2, Se ignora  9

22.4 Anote la actividad que tenía el presunto fallecido en el momento de la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra)  1, Área deportiva  3, Calle o carretera (vía pública)  4, Granja (rancho o parcela)  7, Otro  8, Se ignora  99

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: CARPETA DE INVESTIGACION: [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted]

22.7.4 Núm. Interior [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted]

22.7.8 Localidad: IGUALA

22.7.9 Municipio o delegación: IGUALA

22.7.10 Entidad federativa: GUERRERO

23. NOMBRE: [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5, Otro  8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. NOMBRE: DR. [Redacted]

28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: Carretera [Redacted]

29.1 Tipo de vialidad [Redacted]

29.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

29.3 Núm. Exterior [Redacted]

29.4 Núm. Interior [Redacted]

29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano: Rancho del [Redacted]

29.7 Código Postal [Redacted]

29.8 Localidad: IGUALA

29.9 Municipio o delegación: IGUALA

29.10 Entidad federativa: GUERRERO

29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. [Redacted], Libro Núm. [Redacted]

31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted], 32.2 Municipio o delegación [Redacted], 32.3 Entidad federativa [Redacted], 32.4 Día Mes Año [Redacted]



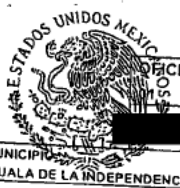
Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

719



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE (X) / MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: EDIFICIO 15 DEPTO. 101 U.HAB. LAS PALOMAS (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO

LUGAR: VA PUBLICA [REDACTED] HORA: 12:02

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: IGUALA, GUERRERO. PANTEON VIEJO MUNICIPAL

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 855680

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO.

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: EDIF. 15 DEPTO. 101 U.HAB. LAS PALOMAS, IGUALA, GRC. PARENTESCO: MADRE

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: NINGUNO

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: NINGUNO

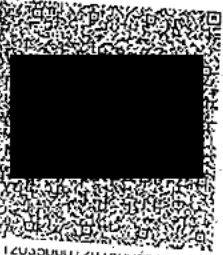
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD INTEGRAL 2. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380300822240518. OFICIO NUM.: 6711. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO., 25 DE MAYO DE 2018.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA LEYEN Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMA MANIFIESTAN QUE EN EL MOMENTO DE FIRMAR CONOCIAN EL CONTENIDO DE LA MISMA Y QUE NO HAYAN QUIENES EN SU LUGAR.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 720

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de Junio de 2018

Neufy  
11-06-18

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	28/05/2018	[Redacted]
[Redacted]	29/05/2018	[Redacted]
[Redacted]	31/05/2018	[Redacted]
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]		



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
POLICIA PARA EL CASO  
AYCTZINAPA

SEMANA DEL 28 AL 03 DE Junio

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C [Redacted]  
ADMINISTRADOR

Iguala Gro, a 28 de mayo de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la tercera sección de la primera ampliación.

ATENTAMENTE [REDACTED]  
C. [REDACTED]  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
PANTEONES  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
FEDERAL PARA EL CASO  
AYCTZINAPA



**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 28 del mes Mayo del 2018.

Se autoriza al C. Faustino Domínguez Cabrera con domicilio Francisca Marquez #37 col. Niñas Heroas tel. no. \_\_\_\_\_ la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de \_\_\_\_\_ La persona autorizada \_\_\_\_\_ en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
AYOTZINAPA DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero





# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

Modelo 2009

FOLIO

729

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO

1. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9		2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="text"/> Gramos <input type="text"/>	3. PESO <input type="text"/>	4. DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres y más <input type="radio"/> 3	5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input checked="" type="radio"/> 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input checked="" type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>	
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número <input type="text"/> 9.2 Localidad o Colonia <input type="text"/> 9.3 Municipio o Delegación <input type="text"/> 9.4 Entidad Federativa <input type="text"/>					
10. LUGAR DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99					
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9		12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutica <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. SI SE TRATA DE UN PARTO ÉSTE FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input checked="" type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Legrado <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL Anote una sola causa en cada renglón. a), b) o c)

PARTE I  
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte  
a)

Condiciones fetales o maternas que originaron la causa directa a)  
b)

Anote en último lugar la causa básica  
c)

PARTE II  
Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)

16. CAUSA BÁSICA Código CIE-10  
Especifique si la causa fue:  
MATERNA FETAL  
I.a  1  2  
I.b  1  2  
I.c  1  2  
II.a  1  2  
II.b  1  2

DATOS DE LA MADRE

17. NOMBRE

18. EDAD

19. ESTADO CIVIL  
Soltera  1 Casada  2 Divorciada  3 En unión libre  4 Se ignora  9

20. RESIDENCIA HABITUAL  
20.1  20.2 Localidad o Colonia  20.3 Municipio o Delegación  20.4 Entidad Federativa

21. ESCOLARIDAD  
Ninguna  1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados)  2 Primaria completa  3 Secundaria incompleta  4 Secundaria completa  5 Bachillerato o preparatoria  6 Profesional  7 Se ignora  9

22. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABENCIA  
Ninguna  1 IMSS  2 ISSSTE  3 PEMEX  4 SEDENA  5 SEMAR  6 Seguro Popular  7 Otra  8 Se ignora  9

23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN  Se ignora  99

24. OCUPACIÓN HABITUAL

25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO  
25.1 Nacidos vivos (número):  Vio  1  
25.2 Nacidos muertos (número):  Falleció  2

26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO  
Folio del Certificado de Defunción

DATOS DEL INFORMANTE

27. DATOS DEL INFORMANTE  
27.1 Nombre  27.2 Parentesco con el fallecido(a)

DATOS DEL CERTIFICANTE

28. CERTIFICADA POR  
Médico tratante  1 Otro médico  2 Médico legista  3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Autoridad civil  5 Otro  8

29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO  
Número de la cédula profesional

30. DATOS DEL CERTIFICANTE  
30.1 Nombre  30.2 Domicilio y Teléfono

31. FECHA DE CERTIFICACIÓN  
Año

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Art. 113 Fracc. I LFTAI

Art. 113 Fracc. I LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MARZO 2017 1  
FOLIO

725

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. [Redacted]		3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. EN [Redacted]			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Extranjera <input checked="" type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año o más: 01313 Años cumplidos			
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Municipio o delegación: IGUALA 10.2 Nombre de la vivienda: 102-105 DE IGUALA 10.3 Tipo de asentamiento humano: IGUALA 10.4 Num. Exterior: [Redacted] 10.5 Num. Interior: [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano: IGUALA 10.7 Código Postal: [Redacted] 10.8 Localidad: IGUALA 10.9 Municipio o delegación: IGUALA 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): GUERRERO		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada vs. Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 12.1 Trabajo: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.3 Tipo de unidad médica: [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Num. Exterior: [Redacted] 15.2 Num. Interior: [Redacted] 15.3 Código Postal: [Redacted] 15.4 Localidad: IGUALA 15.5 Municipio o delegación: IGUALA 15.6 Entidad federativa: GUERRERO		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: [Redacted] 19.2 Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: a) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] 19.3 Otras enfermedades o estados morbosos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: [Redacted]			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas hacen sospechar embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas corroboran el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidental <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda estatal, municipal, o particular (café, restaurante, etc.) <input type="radio"/> Calle o su interior (vía pública) <input type="radio"/> Escuela o oficina pública <input type="radio"/> Área de prestación de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de: Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (finca y parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		27.4 Anote la razón que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Redacted]			
23.1 Fecha: [Redacted] 23.2 Código Postal: [Redacted]		23.3 Fecha: [Redacted] 23.4 Código Postal: [Redacted]		23.5 Fecha: [Redacted] 23.6 Código Postal: [Redacted]		23.6 Fecha: [Redacted] 23.7 Código Postal: [Redacted]			
24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		25. CERTIFICANTE [Redacted]		26. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]			
28. DOMICILIO Y TELEFONO DEL CERTIFICANTE [Redacted]		29. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		30. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		31. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Num. [Redacted] Libro Num. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: IGUALA 32.2 Fecha: [Redacted]		33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		34. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]			



Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2





726

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 7045

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (30) TREINTA DIA(S) DEL MES DE MAYO DEL DOS MIL DIECIOCHO

**C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
PRESENTE.**

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo FEMENINA. que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]  
IGUALA, G.

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: EXTRANJERA [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

GENERAL DE LA REPUBLICA  
FISCALÍA DE INVESTIGACIÓN  
DEL MINISTERIO PÚBLICO  
DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO.  
NOTIZANDO PARA EL CASO  
TOTZINAPA  
LIC. [REDACTED]

\*38V1317V2018L4303974N2018\*  
H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

€20187



GENERAL DE LA REPUBLICA  
ESPECIAL DE INVESTIGACION  
ACCION PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

• " JUNIO "

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 728

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

M. C. F. Y  
11-06-18

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de Junio de 2018

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARIÁS  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	04/06/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	04/06/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	06/06/2018	[REDACTED]



SEMANA DEL 04 AL 10 DE Junio

SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA ESPECIAL PARA EL CASO  
AYOTZINAPA ATENTAMENTE

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

729

Serie c8

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha 04/06/2018 01:43:52 PM

Lugar de Expedición 40000

Número de serie del Certificado

Número Recibo

Versión 3.3

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. MI850101U71

Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente

R.F.C. XAXX010101000

Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

SERIE N FOLIO 12242

Iv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
161700	1.0	C62	LOTE	4143-02-001 INHUMACIONES	98.27	0.00	98.27
161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.74	0.00	14.74
Impuesto con Letra: (CIENTO TRECE PESOS 01/100 M.N.)						SubTotal	113.01
						Descuento	0.00
						Total Comprobante	113.01

Clave Fiscal UUID 5929b3b4-0455-4c8d-a794-6b20a326d3c1

Clave de Serie del Certificado SAT 00001000000406144089

Fecha y Hora de Certificación 04/06/2018 01:34:49 PM

Clave de Certificación  
Código digital del CFDI:

SPucQzK8YZBEwro2p+ZauHTX+aSNVSVwLkD2FhppbUKt8f/MgidsOM2imWcojmdXOcW CnqS3dUimwoHu3JR+HIYScjby2Bq1MJHJnbq7iq2enwsrz8oVnvlwOf0v7bQAWrmXuSHJI+5hwdngnm 0zp3u8TzzQ8oHbEZDT3YqdVD/OkzKSGR6MHnxUxG/0uEmeTpnK57g2hjcsc7CCHX37rRQp4lh4OO3POohCrmBCLbgTeQfERsOpRUB4zVjpyD1SQ/2Jfy4aBs4K/OZ6s3Nflfc3fu8SryQzvQWC 3PKNS+ihcvOtgQA67acgdDvkW7C6D2PvegW==

Código de SAT:

Ud/Nlw/A73eQaV4ZJ59W6LS6aRATydEMn4pUYI1urY8nlBShvK8pZ7ym1nSpzDaFIEPJGcXRCm6+CcUc8DDAdiC4z9o19fHWG6DD/soq07wcdz626zIEpCZrfrO wwt8oFov1mdKBBJrlxpXC0Hg3VaKJSpFGV+P+XUcmolU6h0DULKwMNaz+eDRi8eqJh1lxXfhT5pM+306D8zbkoQ/DS3qO/izZqYGoJelomYdlIkAFsR2e8EcsCbc -ODBI92pDwuPtC09scJNNuqr6xAgCTZsag2Bxz1EIERtqYKSuknct10cB4OnCGPB3QDRZBtkaoXoCAAdHvgdEA==

cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

1.15929b3b4-0455-4c8d-a794-6b20a326d3c1|2018-06-04T13:54:49-06:00|MI850101U71|XAXX010101000|PUE-Pago en una sola exhibición|01-Efectivo|603-Personas Morales con Fines no Lucrativos|40000|04/06/2018 01:34:49 PM|5929b3b4-0455-4c8d-a794-6b20a326d3c1|00001000000406144089|04/06/2018 01:34:49 PM|SPucQzK8YZBEwro2p+ZauHTX+aSNVSVwLkD2FhppbUKt8f/MgidsOM2imWcojmdXOcW CnqS3dUimwoHu3JR+HIYScjby2Bq1MJHJnbq7iq2enwsrz8oVnvlwOf0v7bQAWrmXuSHJI+5hwdngnmD0zp3u8TzzQ8oHbEZDT3YqdVD/OkzKSGR6MHnxUxG/0uEmeTpnK57g2hjcsc7CCHX37rRQp4lh4OO3POohCrmBCLbgTeQfERsOpRUB4zVjpyD1SQ/2Jfy4aBs4K/OZ6s3Nflfc3fu8SryQzvQWC3PKNS+ihcvOtgQA67acgdDvkW7C6D2PvegW==



Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

730

Serie C8

Folio 57290

Tipo de Comprobante Ingreso  
Fecha 04/06/2018 01:42:55 PM

Lugar de Expedición 40000

Número de serie del Certificado

Número Recibo  
Versión: 3.3

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
R.F.C. MI1850101U71 Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente  
R.F.C. XAXX010101000 Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano Forma de Pago 01-Efectivo  
Condiciones de Pago  
Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto  
APERTURA DE FOSA P/SEPUL EN PANTEON ANT.MPAL. SERIE N FOLIO  
LOTE-540 3RA SECC 1RA AMPL

v. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
161700	1.0	C62	LOTE	4149-01-009-113 APERTURA DE FOSA P/SEPUL EN PANTEON ANT.MPAL.	244.36	0.00	244.36
161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	36.65	0.00	36.65

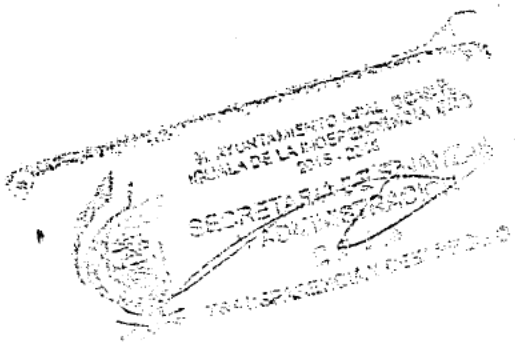
Letra con Letra:  
(DOS CIENTOS OCHENTA Y UN PESOS 01/100 M.N.)

SubTotal	281.01
Descuento	0.00
Total Comprobante	281.01

Clvo Fiscal UUID 868af867-6fb0-4122-ae6a-31746590a8de  
No. de Serie del Certificado SAT 00001000000406144089  
Fecha y Hora de Certificación 04/06/2018 01:34:10 PM



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
FISCAL PARA EL CASO  
OTZINAPA



Código digital del CFDI:

2ploTjyaFIYwGfzScwz5MWEQcXJ7A0nDBTIQBQDh5si30lbn18TTZIDGKnE1Z11M3snnhk/qv7IX6xUSsi+Hoxw63hEqH1cl/s/fF9ZdiqHu9LRyT3HpLgc3syvzGakMepbnbsLhJtzABr4sfMhQDm/cnFqQV4CxixSL206Tihqh23aUq9/cokp8sDupJijOWV60AsENI7305GlcuBOL5L9UCod3ZIEEmsZZ9KaWEzCHTbsQnfC4nHdqmlcGihDUz4LzirqbFMho++FpHFeerR0AXCLkivcB2gp1uINBJ6FKxWfygBFZdHappaxCbGL6BOMWLDZv9rZOIA==

Código del SAT:  
qX3Ql72K0PAMBfPfbCjalbF8U8f604iyfduu3IB10bXICKGRkO5XNE23GSTQ0REbww/Ci349Mz7wFKbSvOhq66gJWzKzCFQilgqHnwb9AFoSlaGD6kY2St5n427IX6xUSsi+Hoxw63hEqH1cl/s/fF9ZdiqHu9LRyT3HpLgc3syvzGakMepbnbsLhJtzABr4sfMhQDm/cnFqRQV4CxixSL206Tihqh23aUq9/coko8sDupJijOWV60AsENI7305GlcuBOL5L9UCod3ZIEEmsZZ9KaWEzCHTbsQnfC4nHdqmlcGihDUz4LzirqbFMho++FpHFeerR0AXCLkivcB2gp1uINBJ6FKxWfygBFZdHappaxCbGL6BOMWLDZv9rZOIA==



Adena Original del complemento de certificación digital del SAT:

.1j868af867-6fb0-4122-ae6a-31746590a8dej2018-06-04T13:34:10jdQploTjyaFIYwGfzScwz5MWEQcXJ7A0nDBTIQBQDh5si30lbn18TTZIDGKnE1Z11M3snnhk/qv7IX6xUSsi+Hoxw63hEqH1cl/s/fF9ZdiqHu9LRyT3HpLgc3syvzGakMepbnbsLhJtzABr4sfMhQDm/cnFqRQV4CxixSL206Tihqh23aUq9/coko8sDupJijOWV60AsENI7305GlcuBOL5L9UCod3ZIEEmsZZ9KaWEzCHTbsQnfC4nHdqmlcGihDUz4LzirqbFMho++FpHFeerR0AXCLkivcB2gp1uINBJ6FKxWfygBFZdHappaxCbGL6BOMWLDZv9rZOIA==

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

731

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 4 del mes Junio del 2018.

Se autoriza al C. Servicios funerarios "San Diego" con domicilio Bandera Nacional No 96 tel. no. 131-32-72 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en éstas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]



ATENTAMENTE

[REDACTED]

GERAL DE L  
CIAL DE T  
CIÓN PARA EL CASO DE PANTEONES.  
AYOTZINAPA

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

32

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y UNA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO

5. CURP [REDACTED]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No  1, Sí  0, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Se ignora  9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]

8.2 Semanas de gestación: [REDACTED]

8.3 Peso (gramos): [REDACTED]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  1, Separado(a)  6, Viudo(a)  2, Casado(a)  5, Divorciado(a)  3, Soltero(a)  4, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Calle [REDACTED], Colonia [REDACTED], Localidad [REDACTED], Municipio o delegación [REDACTED], Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachelillería o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

12.1 Trabajaba: Sí  1, No  2, Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Calle [REDACTED], Colonia [REDACTED], Localidad [REDACTED], Municipio o delegación [REDACTED], Entidad federativa [REDACTED]

16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, El parto  2, El puerperio  3, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí  1, No  2, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Escuela u oficina pública  2, Área deportiva  3, Calle o carretera (vía pública)  4, Área comercial o de servicio  5, Área industrial (teiler, fábrica u obra)  6, Granja (rancho o parcela)  7, Otro  8, Se ignora  9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella (a) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [REDACTED]

22.7.2 Nombre de la vialidad [REDACTED]

22.7.3 Núm. Exterior [REDACTED], 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED]

22.7.7 Código Postal [REDACTED]

22.7.8 Localidad [REDACTED]

22.7.9 Municipio o delegación [REDACTED]

22.7.10 Entidad federativa [REDACTED]

23. NOMBRE [REDACTED]

24. P. [REDACTED] FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad eclesástica  5

26. [REDACTED] MEDICO

27. NOMBRE [REDACTED]

28. FIRMA [REDACTED]

29. DOMICILIO y TELÉFONO: Calle [REDACTED], Centro [REDACTED], Localidad [REDACTED], Municipio o delegación [REDACTED], Entidad federativa [REDACTED]

29.1 Tipo de vialidad [REDACTED]

29.2 Nombre de la vialidad [REDACTED]

29.3 Núm. Exterior [REDACTED], 29.4 Núm. Interior [REDACTED]

29.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED]

29.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED]

29.7 Código Postal [REDACTED]

29.8 Localidad [REDACTED]

29.9 Municipio o delegación [REDACTED]

29.10 Entidad federativa [REDACTED]

29.11 Teléfono [REDACTED]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

31.1 Acta Núm. [REDACTED]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad [REDACTED]

32.2 Municipio o delegación [REDACTED]

32.3 Entidad federativa [REDACTED]

32.4 Día [REDACTED], Mes [REDACTED], Año [REDACTED]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 115  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POPULACION

733



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA JERRERO
FINADO		
NOMBRE:	NOMBRE(S)	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO
DOMICILIO HABITUAL:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	MEXICO
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	08:40
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO, NO.:	
DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	E GUADALUPE. IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO: CALLE IZANCANAC S/N. COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	HERMANA
DOMICILIO:	OCUPACION:	PROFESORA
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO:	OCUPACION:	EMPLEADO
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO:	OCUPACION:	EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS NOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS

DE LA REPUBLICA  
AL DE INVESTIGACION

CASO FIRMAS  
DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN  
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU VUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
Sello de la Oficina  
H. AYUNTAMIENTO  
COMUNITARIO  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2016-2018



**"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"**

*Naty*  
*02-07-2018*

Iguala de la Independencia, Gro., a 01 de Julio de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	26/06/2018	[Redacted]
[Redacted]	27/06/2018	[Redacted]
[Redacted]	01/07/2018	[Redacted]
[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]		[Redacted]
[Redacted]		[Redacted]



SEMANA DEL 25 AL 01 DE LA REPUBLICA

INSTITUTO FISCAL DE INVESTIGACIÓN  
FISCAL PARA EL CASO  
TOTZINAPA

ATENTAMENTE

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: [REDACTED]		SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
NOMBRE(S)		(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO)		(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]		ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO)		(ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]		HORA: 04:50
LUGAR: [REDACTED]		CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL		
UBICACION: [REDACTED]		ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED] MORELOS		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]		
B) [REDACTED]		
C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: HIJA
DOMICILIO: [REDACTED]		OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO		OCUPACION: EMPLEADA
NOMBRE: [REDACTED]		EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [REDACTED] ERD		OCUPACION: EMPLEADO

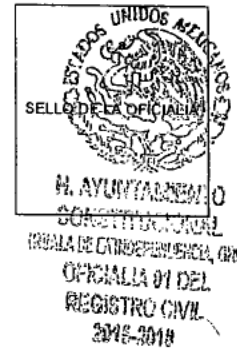
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES QUE PRESENTO REQUISITOS  
AL DE INVESTIGACION  
ON PARA EL CASO  
OTZINAPA

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HU

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL





**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

736

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Coahuila		
	5. CURP _____		
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____ Para menores de un día _____ Horas _____ Para menores de un mes _____ Días _____ Para menores de un año _____ Meses _____ Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ Calle _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de unidad _____ pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		
	16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 Ocurrió en un desarrollo de embarazo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio GENERAL DE LA REPUBLICA POLICIA FEDERAL DE INVESTIGACION ACCION PARA EL CASO AYOTZINAPPA		
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió el presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		
	23. NOMBRE _____ 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 9 *Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ESPECIFIQUE Número de la cédula profesional _____ 26. FIRMA _____		
	27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA _____		
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
	DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
		33. Art. 113 Frac. V, VII LFTAIP Motivación 1	

Art. 113  
Frac. I LFTAIP  
Motivación 2




737

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 27 del mes Junio del 2018

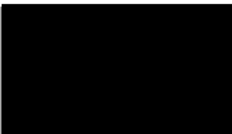
Se autoriza al C. MELCEN O. RUEDA MAZÓN con domicilio AV. BANDELA NACIONAL #48 tel. no. 3326595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE



DIRECTOR DE PANTEONES.

ESTADO DE GUERRERO  
SECRETARÍA DE GOBIERNO  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
2015-2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

SECRETARÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
DIRECCIÓN PARA EL CASO  
YOTZINAPA  
Palacio Municipal  
Calle Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 738

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Naty  
20-06-18

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de Junio de 2018

C.P. ENRIQUE GONZÁLEZ FARIÁS  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	13/06/2018	[REDACTED] ✓

SEMANA DEL 11 AL 17 DE Junio



AL DE LA REPÚBLICA  
L DE INVESTIGACIÓN  
N PARA EL CACONTAMENTE

[REDACTED]

ADMINISTRADOR

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

€ 2018



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUEBLOS  
LIBRES DE LA REPUBLICA  
FEDERATIVA DE MEXICO  
SECRETARIA DE JUSTICIA Y FERIA  
FISCAL DE INVESTIGACION  
FISCAL PARA EL CASO  
MOTIVACION

4

JULIO

11

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 740

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 08 de Julio de 2018

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	02/07/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	03/07/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	05/07/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	06/07/2018	[REDACTED]



SEMANA DEL 02 AL 08 DE INVESTIGACIÓN  
COMISIÓN PARA EL CASO  
TOTZINAPA

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

Recibi  
[REDACTED]  
09-07-18





CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

742

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

2. FECHA DE NACIMIENTO

3. SEXO

4. ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

5. C.O.P.

6. LENGUA MATERNA

7. ESTADO CIVIL

8. ESTADO CONYUGAL

9. RESIDENCIA (CALLE, No. y Tipo de vivienda)

10. ESCOLARIDAD

11. SERVICIOS A LA SALUD

12. UBICACIÓN DEL SUICIDIO

13. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

14. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

15. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 50 AÑOS

16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

17. ¿FUE UN PRESUNTO ACCIDENTE O LESIÓN?

18. ¿SE PRACTIcó NECROPSIA?

19. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 50 AÑOS?

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

21. ¿FUE UN PRESUNTO ACCIDENTE O LESIÓN?

22. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 50 AÑOS?

23. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 50 AÑOS?

24. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 50 AÑOS?

25. CERTIFICADA POR

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

27. NOMBRE

28. DOMICILIO Y TELÉFONO

29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO

30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN PROSECUCCIÓN DE SU SUJETO DE CRÉDITO Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN PROSECUCCIÓN DE SU SUJETO DE CRÉDITO.

DE LA DEFUNCIÓN

MUJERES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REGISTRO CIVIL

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE RECIBIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

743



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
IGUALA	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	15:30
LUGAR: ISSETE	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	
UBICACION:	MUNICIPAL	
DONDE FALLECIO:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
ENTRO. IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: HIJO	
DOMICILIO:	OCUPACION: PROFESOR	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADA	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGOS

QUIENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



Art. 119  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

744

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] [Redacted] [Redacted]

2. F [Redacted] [Redacted] [Redacted] Año [Redacted]

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO GUERRERO

5. CIUDAD [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 → Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Casado(a) 5 Vido(a) 2 Soltero(a) 1 En unión libre 3 Divorciado(a) 4 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE [Redacted] COLONIA [Redacted] CENTRO

10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda

10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. interior 10.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA IGUALA 10.8 Nombre del asentamiento humano GUERRERO

10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. ¿CONSTRUYÓ ALGUNA OBRA? SI 1 No 2 Se ignora 9

12.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 6 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 6 C.H. ISSSTE IGUALA Vía pública 10 Otro lugar 12 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9 Hogar 11 Se ignora 99

14.1 Nombre de la unidad médica 012-1206-100

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN BOULEVARD [Redacted] COLONIA [Redacted] CENTRO

15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda

15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. interior 15.5 Tipo de asentamiento humano IGUALA IGUALA 15.6 Nombre del asentamiento humano GUERRERO

15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa

16. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted]

c) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el domicilio? SI 1 No 2

22.3 ¿Ocurrió en el trabajo? SI 1 No 2

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] [Redacted] [Redacted] A

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico\* 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro\* 6 \*Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] [Redacted] [Redacted]

28. DOMICILIO Y TELÉFONO BOULEVARD HEROICO COLEGIO MILITAR COLONIA CENTRO IGUALA GUERRERO

28.1 Tipo de vivienda 28.2 Nombre de la vivienda 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. interior 28.5 Tipo de asentamiento humano

28.6 Nombre del asentamiento humano 28.7 Código Postal 28.8 Localidad 28.9 Municipio o delegación 28.10 Entidad federativa 28.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 110 Libro Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]

Art. 113 Fraco. I LFTAIP

LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Motivación 1 Motivación 2



PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 746

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 22 de Julio de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[Redacted]	17/07/2018	[Redacted]
[Redacted]	17/07/2018	[Redacted]
[Redacted]	21/07/2018	[Redacted]



AL DE LA REPÚBLICA  
AL DE INVESTIGACIÓN  
ON PARA EL CASO

SEMANA DEL 16 AL 22 DE JULIO

ATENTAMENTE

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

30/07/18  
[Redacted]

747

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes Julio del 2018

Se autoriza al C. Funerales "Cristo Rey" con domicilio Aldama #26 col. Centro tel. no. 3323540 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido ~~unicamente~~ sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE  
 GENERAL DE LA REPÚBLICA  
 CIAL DE INVESTIGACIÓN  
 IÓN PARA EL CASO  
 YUCATÁN S.  
 DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
 Vicente Guerrero No. 1  
 Col. Centro, C.P. 40000  
 Iguala de la Independencia,  
 Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
 www.iguala.gob.mx

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 748

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 29 de Julio de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	27/07/2018	[Redacted]
[Redacted]	28/07/2018	[Redacted] 280 ✓
[Redacted]	29/07/2018	[Redacted]



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMISIÓN PARA EL CASO  
OTZINAPA

SEMANA DEL 23 AL 29 DE JULIO DE 2018

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

20/07/18  
[Redacted]

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

749

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
2. FECHA DE DEFUNCIÓN [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	8.3 Peso (gramos): [Redacted]
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Ciudad de México 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Localidad [Redacted] 10.3 Municipio o delegación [Redacted] 10.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]			
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted]		10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Código Postal [Redacted]		10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Ciudad de México 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Localidad [Redacted] 15.3 Municipio o delegación [Redacted] 15.4 Entidad federativa [Redacted]			
15.7 Código Postal [Redacted]		15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Código CIE [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Redacted] Código CIE [Redacted]		10 años	
c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]			
d) [Redacted]			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
22.6 Describir brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]			
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]			
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted]		22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
22.7.7 Código Postal [Redacted]		22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique [Redacted]			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]			
28. [Redacted]			
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Ciudad de México 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Localidad [Redacted] 29.3 Municipio o delegación [Redacted] 29.4 Entidad federativa [Redacted]			
29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]	
29.11 Teléfono [Redacted]			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



FOLIO



Identificador Electrónico

01520803546698212279

Clave Única de Registro de Población

Estados Unidos Mexicanos

Acta de Defunción

N° de Certificado de Defunción de la SSA

Entidad de Registro  
MÉXICO

Municipio de Registro  
CHIMALHUACAN

Oficialia	Libro	Número de Acta	Fecha de Registro

Datos de la Persona Fallecida

Nombre(s): [Redacted] Primer Apellido: [Redacted] Segundo Apellido: [Redacted]

Sexo: [Redacted] Edad: [Redacted] Nacionalidad: MEXICANA

Datos de la Defunción

Fecha: [Redacted] Hora: [Redacted] Lugar: [Redacted] MEXICO Destino del Cadáver: INHUMACION

EVENTO VASCULAR CEREBRAL 60 MINUTOS TREMOR DISTONICA 10 AÑOS

Causas de la Defunción:

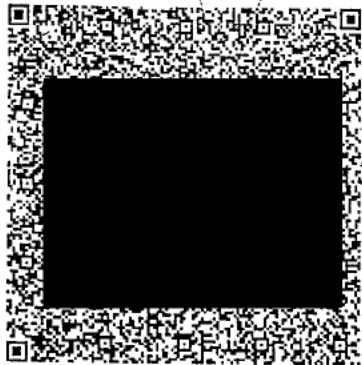
<p>Anotaciones Marginales:</p> <p>SIN ANOTACIONES MARGINALES</p>	<p>Certificación:</p> <p>La presente certificación es un extracto del acta cuyos datos arriba se mencionan en cumplimiento de los artículos 3.1 y 3.7 del Código Civil vigente en el Estado de México.</p> <p>[Redacted Signature]</p>
--	--

Sello:

IZASA321030MGRLL05[ALFONSINA][ZARAGOZA][SALAZAR][MEXICO] 01/01/2018 10:30 M-30 L-21 FUEGO NUEVO IZTAPALAPA CIUDAD DE MEXICO[2130]EVENTO VASCULAR CEREBRAL 60 MINUTOS TREMOR DISTONICA 10 AÑOS[2018-07-26 08:00:00 0][IGUALA][GUERRERO][MEXICO][PALJUANA-PÉREZ ANGUIANO][2678406][TEXANITA 111 BENITO JUAREZ NEZAHUALCOYOTL MEXICO][2018-07-26 08:00:00 0][LAUREL M-1 L-10 SAN MIGUEL ACUITLAPILCO CHIMALHUACAN MEXICO][2018-07-26 08:00:00 0][RENDON][FRANCISCO JAVIER MINA 4 SANTIAGO CUAUTLALPAN TEXCOCO MEXICO][2018-07-26 08:00:00 0]

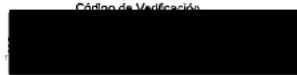
Firma Electrónica:

AIPbmqKW2sLWUxYerCelQaFV4CYSOUrTmkYajCJeRMXV2VL7s7roUDGr6z+FMLpw4atU3kx2DFrxqXRJPRCK+SrzQuLFnH0bh/mZY2AIEL32psvh+8GxdK7XWjSm9NUtuA4aoNPYn2Uhl7YIVH6mdvNGPy/QMRue31pHx04RZA55vE8dIPPMgY4gv8Jv5ay1E133eygzxSrtTgTpPH4CvKxJqVf+//UOTsFUbnv3m5cezKqxCdUAFxyDuZwQQY3mbhbrMtDSIVZzvr3pgkOpCySLGVcPDGSg7K1qB1eXNCIBcmNSMQP62J2girE0T6xmHdBC4Mz/80A=



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMPARA EL CASO  
OTZINAPA

Código de Verificación



Código QR



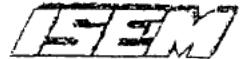
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

El contenido del acta puede ser verificado en: <http://validatuacta.edomex.gob.mx> capturando el identificador electrónico que se encuentra en la parte superior derecha.

SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

751



FOLIO No. [REDACTED]

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

SSA-06-005 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS

MODALIDAD DEL TRÁMITE

<input type="checkbox"/> A	DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS (INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL)	<input checked="" type="checkbox"/> B	TRASLADO DE CADAVERES	<input type="checkbox"/> C	INTERNAMENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL
<input type="checkbox"/> D	EXHUMACIÓN PREMATURA	<input type="checkbox"/> E	EXHUMACIÓN	<input type="checkbox"/> F	INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO

LENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO			
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	Nº LICENCIA SANITARIA
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO(S)

2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	Nº CEDULA PROFESIONAL
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO(S)

3.- POSICIÓN DE CADAVERES HUMANOS

INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS	PROCEDENCIA	LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO
TRASLADO DE CADAVERES		LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO
INTERNAMENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O LUGAR DE DESTINO	LUGAR DE LA INHUMACIÓN	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
EXHUMACIÓN PREMATURA		LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO
EXHUMACIÓN		LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	EMBALSAMADO
INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO.			

4.- DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		EDAD
FECHA Y LUGAR DE LA DEFUNCIÓN		CAUSA DE LA DEFUNCIÓN		

5.- DATOS DEL SOLICITANTE

DOMICILIO		PARENTESCO	FIRMA
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRAMITE INTERNACIONAL O SALIDA)	

FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL. EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERÁ ANEXARLA PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRAMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) A LOS TELÉFONOS: 5-4-30-20-00 EN EL D.F. Y AREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 300-00-1-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 1888-594-3372



ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO  
REGISTRO CIVIL

FOLIO NÚM. [REDACTED]  
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION ACTA NÚM. [REDACTED]

OFICIALIA No. [REDACTED]	ACTA No. [REDACTED]	MUNICIPIO [REDACTED]	FECHA DE REGISTRO		
LOCALIDAD [REDACTED]			DIA [REDACTED]	MES [REDACTED]	AÑO [REDACTED]

FINADO(A)	NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: [REDACTED]
	NACIONALIDAD: MEXICANA	EDAD: 85 AÑOS
	DOMICILIO: [REDACTED]	
	NOMBRE DEL PADRE: _____	
	NOMBRE DE LA MADRE: _____	
	DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION	NOMBRE DEL PANTEON O GREGATORIO: MUNICIPAL
	UBICACION: IGUALA GUERRERO	ORDEN No. _____
	FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 21:30 FOLIO DEL CERT. DE DEFUNCION: [REDACTED]
	LUGAR: [REDACTED] ACAN MÉXICO	
	CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]	
FALLECIMIENTO	DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION	
	NOMBRE: [REDACTED]	NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]
	DOMICILIO: [REDACTED] TL MÉXICO	
	DECLARANTE	
DECLARANTE	NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
	NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
	DOMICILIO: [REDACTED] TEXCOCO MEXICO	

FIRMA [REDACTED]  
DECLARANTE

SE LE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SUPERON HACERLO, Y QUIENES NO, IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL. DOY FE

SELO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL  
GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO  
Registro Civil Oficialia 02  
21503100022018Q06390

Para verificar el contenido de esta Acta visite la pagina de Internet:  
<http://portal.kenapa.rerapo.gob.mx/868aaf2/Invo-AreaCivico.do>

LA PRESENTE ACTA CONTIENE LAS SIGUIENTES ANOTACIONES:

INTERESADO



# Nuevo Chimalhuacán

H. Ayuntamiento 2015-2018

753

"2018. Año del Bicentenario del Natalicio de Ignacio Ramírez Calzada, el Nigromante"

CHIMALHUACAN, MEXICO A 27 DE JULIO DE 2018.

ASUNTO: OFICIO DE TRASLADO DE INHUMACION

C. OFICIAL O JUEZ DEL REGISTRO  
DE: IGUALA, GUERRERO  
PRESENTE

Con fundamento en el artículo 3.29, 3.30 Y 3.32 del código Civil vigente en la entidad, una vez complementadas las disposiciones sanitarias que exige la Ley, y el 89 del Reglamento en materia y hecho el pago de los derechos correspondientes; esta Oficialía no tiene inconveniente que se realice el **TRASLADO DE CADAVER** de quien en vida llevó el nombre de [REDACTED] Procedente de este municipio a la jurisdicción a su cargo, para ser **INHUMACION** en el **PANTEON MUNICIPAL**

Así mismo informo que la C. [REDACTED] Deberá de presentar el certificado de defunción y la demás documentación correspondiente, para los efectos respectivos y trámites subsiguientes.

ATENTAMENTE



C. [REDACTED]

OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL 02

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
JURÍDICA PARA EL CASO  
CIZINARA

Plaza Zaragoza s/n, Cabecera Municipal de Chimalhuacán, Estado de México C.P. 56330 Tel: 5852-5771 / 5852-5772 / 5852-5773



Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

754

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombres(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	2. [Redacted]		5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos 045 Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde [Redacted]		10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
	10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXE <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]		12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		14.2 Tipo de unidad: Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]		15.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) [Redacted]		b) [Redacted]		
c) [Redacted]		d) [Redacted]		e) [Redacted]		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		[Redacted]		[Redacted]		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o camellera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describe brevemente la situación de los hechos, motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]		22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		
23. NOMBRE DEL INF. Nombres(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>		26. SI EL PARTICIPANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]		
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombres(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.4 Núm. Exterior [Redacted] 29.5 Núm. Interior [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] 32.5 Mes [Redacted] 32.6 Año [Redacted]		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

755

Iguala Gro, a 30 de julio de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la Primera ampliación del Panteón Municipal, el día (29 de julio de 2018).

AT [REDACTED]  
C [REDACTED]  
DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCAL DE INVESTIGACIÓN  
NACIONAL PARA EL CASO  
AYCTZINAPA

# PANTEON MUNICIPAL PRIMERA

• AMPLIACION

€ 20 187



GENERAL DE LA REPUBLICA  
FISCAL DE INVESTIGACION  
DIRECCION PARA EL CASO  
MOTZINAPA

" AGOSTO "

757

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 05 de Agosto de 2018

Agosto 2018  
Acti

C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[REDACTED]

03/08/2018

[REDACTED]

[REDACTED]



SEMANA DEL 30 AL 05

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
FEDERAL DE LA REPÚBLICA  
COMISIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[REDACTED]

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR



PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 758

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Nat 18  
3-08-18

Iguala de la Independencia, Gro., a 12 de Agosto de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	10/08/2018	[Redacted]
[Redacted]	12/08/2018	[Redacted]



SEMANA DEL 06 AL 12 DE Agosto

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes agosto del 2018:

Se autoriza al C. Laura Elena Rueda Martinez con domicilio Altamirano 29. tel. no. 243 03 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
AL DE LA REPÚBLICA  
EL DE INVESTIGACIÓN  
AL PARA EC  
TZINAPA DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 760

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 26 de Agosto de 2018

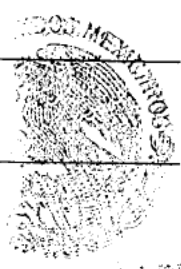
C.P. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES

**NOMBRE**

**FECHA**

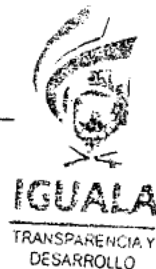
**UBICACIÓN**

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	25/08/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	26/08/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		



SEMANA DEL 20 AL 26 DE Agosto

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
POLICIA FEDERAL  
AYOTZINAPPA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIR. DE PANTEONES  
2015 - 2018

**RECIBIDO**  
Fecha 27-08-18 Hora 1:02  
Recibo FAMY

**ATENTAMENTE**

[REDACTED]  
ADMINISTRADOR



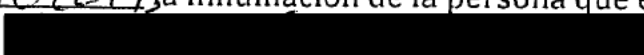
**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Agosto del 2018.

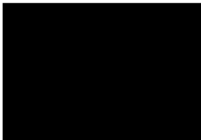
Se autoriza al C. Funerales de Dios con domicilio Col. Zapata tel. no. 733 1022978 a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:



- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



  
 DE LA REPÚBLICA MEXICANA  
 DE INVESTIGACIÓN  
 PARA EL CASO   
 TIZIMAPA  
 DIRECTOR DE PANTEONES.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
 CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
 2015 - 2018  
 TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

# PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

## "INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 02 de Septiembre de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	29/08/2018	[Redacted]
		de la Paz"



LA REPUBLICA  
DE INVESTIGACIÓN  
PARA EL CASO

SEMANA DEL 27 AL 02 DE Septiembre

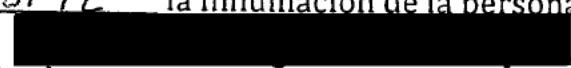
ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

Recibi  
[Redacted]

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes Agosto del 2018.

Se autoriza al C. Funeraria Jardines de la Paz con domicilio Salvador Herrera N. 4 A tel. no. 333-3147 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.





ATENTAMENTE




H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
SECRETARÍA DE GOBIERNO  
CALLE DE LA INDEPENDENCIA S/N  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

DIRECTOR DE PANTEONES.

 (733) 33 396 00 Ext. 150

 [presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

 **Palacio Municipal**  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

• €2018€

•  
SERIAL DE LA REPUBLICA  
CORPORACION DE INVESTIGACION  
SIGUIENDO EL CASO  
AMOTZNAPA

• "SEPTIEMBRE"

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Nota 11-09-18

Iguala de la Independencia, Gro., a 09 de Septiembre de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	03/09/2018	[Redacted]
[Redacted]	06/09/2018	[Redacted]
[Redacted]	08/09/2018	[Redacted]



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE JUSTICIA  
SECRETARÍA DE DEFENSA  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
SECRETARÍA DE ENERGÍA  
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO  
SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL  
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO  
SECRETARÍA DE INTERIORES  
SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA  
SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL  
SECRETARÍA DE TURISMO  
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES  
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS  
SECRETARÍA DE CULTURA

SEMANA DEL 03 AL 09 DE Septiembre  
AYOTZINAPA

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR





**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº 0927

Iguala de la independencia, Gro., a 3 del mes SEP. del 2018.

Se autoriza al C. Funerales el Angelin con domicilio col. Unidos X FyO. Mazatlan #7 tel. no. 331476197 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE

[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

768



OFICIALIA: 01

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

LOCALIDAD: IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 19:10

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: NUEVO MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) PARO CARDIORESPIRATORIO.

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] LA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REGISTRO

SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL DE LA REPUBLICA  
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES  
FEDERALES PARA EL CASO

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA



Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 8 del mes Septiembre del 2018.

Se autoriza al C. Hellen Quirón Ruveda Meza con domicilio Av. Bandera Nacional # 48 Col. centro tel. no. 33 26595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

[REDACTED]



ATENTAMENTE

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
2015 - 2018  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

AL DE L  
AL DE INVESTIGACIÓN  
ON PARA EL CASO  
OTZINAPA

**DIRECTOR DE PANTEONES.**

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 770

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 16 de Septiembre de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	14/09/2018	[Redacted]



SEMANA DEL 10 AL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2018

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMISIÓN PARA EL CASO  
AYOTZINAPA  
ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
ADMINISTRADOR

18/09/18  
[Redacted]  
Jansel

Iguala Gro, a 14 de septiembre de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada) para la inhumación del (feto) de apellidos [REDACTED] en la primera sección de la primera Ampliación del Panteón Municipal.

ATENTAMENTE AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
[REDACTED] CIONAL DE IGUALA, GRO.  
[REDACTED] PANTEONES  
C. [REDACTED] 2018  
DIRECCIÓN DE PANTEONES TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
FISCALÍA GENERAL PARA EL CASO  
TOTZINAPA



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input checked="" type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 9	2. EDAD GESTACIONAL [Redacted] Semanas	3. PESO [Redacted] Gramos	4. DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tres y más <input type="radio"/> 3	5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input checked="" type="radio"/> 2	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input checked="" type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN [Redacted] Día Mes Año [22] : [24] Horas Minutos			
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número: [Redacted] Centro 9.2 Localidad o Colonia: [Redacted] 9.3 Municipio o Delegación: Iguala 9.4 Entidad Federativa: Guerrero					
	10. LUGAR DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 [Redacted] 10.1 Nombre de la unidad médica Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9		12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="radio"/> 1 Provocado <input type="radio"/> 2 Terapéutica <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. SI SE TRATA DE UN PARTO ÉSTE FUE Normal <input type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input checked="" type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Legrado <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9						
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL Anote una sola causa en cada renglón, a), b) o c) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)				16. CAUSA BÁSICA Código CIE-10 Especifique si la causa fue: MATERNA FETAL I.a <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.b <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 I.c <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 II.a <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 II.b <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2	
	17. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido Paterno [Redacted] Apellido Materno					
	18. EDAD [Redacted] Años					
DATOS DE LA MADRE	19. ESTADO CIVIL Soltera <input type="radio"/> 1 Viuda <input type="radio"/> 2 Divorciada <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	20. RESIDENCIA HABITUAL (ante donde vive la madre) [Redacted] 20.1 Calle y número [Redacted] 20.2 Localidad o Colonia Iguala 20.3 Municipio o Delegación Guerrero 20.4 Entidad Federativa					
	21. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	22. INSTITUCIÓN DE DERECHOAHBIENCIA Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99					
24. OCURSIÓN HABITUAL [Redacted]		25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 25.1 Nacidos vivos (número): [0] [2] 25.2 Nacidos muertos (número): [0] [0]		26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO Vive <input checked="" type="radio"/> 1 Falleció <input type="radio"/> 2 Folio del Certificado de Defunción		
DATOS DEL INFORMANTE	27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre [Redacted]		27.2 Parentesco con el fallecido(a) [Redacted]			
	28. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8			29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional		
DATOS DEL CERTIFICANTE	30. DATOS DEL CERTIFICANTE [Redacted] 30.2 Domicilio y Teléfono [Redacted] Acopiles			31. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año		

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

REMÍTASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI

PANTEÓN MUNICIPAL "PRIMERA AMPLIACIÓN" 773

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 23 de Septiembre de 2018

C.P. [Redacted]  
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[Redacted] 17/09/2018 [Redacted]

[Redacted] 18/09/2018 [Redacted]

[Redacted] 21/09/2018 [Redacted]

[Redacted] 21/09/2018 [Redacted]



SEMANA DEL 17 AL 23 DE Septiembre

AL DE LA REPÚBLICA  
DE INVESTIGACIÓN  
PARA EL CASO  
TOTZINAPA

24-09-18  
[Redacted]

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



779

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2015 - 2018

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 17 del mes Septiembre del 2018.

Se autoriza al C. Juan Carlos Celestial con domicilio Av. Bandera Nueva # 82 tel. no. 1102061 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y FISCALÍA  
 AYOTZINAPA  
 C. [Redacted]  
 DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

Iguala Gro, a 18 de septiembre de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] la condonación de pago de Apertura de fosa, para la inhumación del (feto) de apellidos: [REDACTED] en el [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal.

ATENCIÓN [REDACTED]  
AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
INSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**PANTEONES**  
C. E. [REDACTED] 2018  
DIRECCIÓN DE PANTEONES

SECRETARÍA DE SALUD  
SERVICIOS MEDICINOS  
INSTITUTO FEDERAL DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
CIENSA Y TECNOLOGÍA  
COMISIÓN PARA EL CASO  
YOTZINAPA



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL (LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

776

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

<b>1. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> _1 Mujer <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> Semanas: [redacted] Gramos: [redacted]		<b>3. PESO</b> [redacted]		<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input type="radio"/> _1 Reproducción asistida <input checked="" type="radio"/> _2 4.1 El embarazo fue: Único <input checked="" type="radio"/> _1 Gemelar <input type="radio"/> _2 Tres o más <input type="radio"/> _3		<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _5 5.2 Total de consultas recibidas: [redacted]																													
<b>6. ESTE EMBARAZO FUE</b> Normal <input type="radio"/> _1 Complicado <input checked="" type="radio"/> _2		<b>7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ</b> Antes del parto <input checked="" type="radio"/> _1 Durante el parto <input type="radio"/> _2		<b>7.1 Estado de la piel del producto</b> Fresca (Normal) <input type="radio"/> _1 Macerada <input checked="" type="radio"/> _2		<b>7.2. ¿Se practicó necropsia?</b> Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2		<b>8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b> Día: [redacted] Mes: [redacted] Año: [redacted] Hora: [redacted] Min: [redacted]																													
<b>9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b> 9.1 Tipo de vialidad: Av. [redacted] 9.2 Nombre de la vialidad: [redacted] 9.3 Núm. Exterior: [redacted] 9.4 Núm. Interior: [redacted] 9.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia [redacted] 9.6 Nombre del asentamiento humano: Centro [redacted] 9.7 Código Postal: [redacted] 9.8 Localidad: Iguala [redacted] 9.9 Municipio o delegación: Iguala [redacted] 9.10 Entidad federativa: Guerrero [redacted]				<b>10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1 IMSS <input type="radio"/> _3 PEMEX <input type="radio"/> _5 SEMAR <input type="radio"/> _7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2 ISSSTE <input type="radio"/> _4 SEDENA <input type="radio"/> _6 Otra unidad pública <input type="radio"/> _8 Unidad médica privada <input type="radio"/> _9 10.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Iguala [redacted] 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [redacted]		<b>11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?</b> Médico gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> _1 Otro médico <input type="radio"/> _5 Enfermera <input type="radio"/> _2 Partera <input type="radio"/> _3 Otro <input type="radio"/> _4 Se ignora <input type="radio"/> _9 <b>12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE</b> Espontáneo <input type="radio"/> _1 Provocado <input type="radio"/> _2 Terapéutico <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _9																															
<b>13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b> Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> _5 Cesárea <input checked="" type="radio"/> _1 Fórceps <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 Otro* <input type="radio"/> _4 *Especifique: [redacted]				<b>14. VIOLENCIA</b> 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9 14.2 ¿Añote la relación que tiene el presunto agresor con la madre? [redacted]		<b>15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO</b> a) [redacted] b) [redacted]																															
<b>16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)								Especifique si la causa fue: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MATERNA</th> <th>FETAL</th> <th>Código CIE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I.a</td> <td><input type="radio"/>_1</td> <td><input type="radio"/>_2</td> <td>[redacted]</td> </tr> <tr> <td>I.b</td> <td><input type="radio"/>_1</td> <td><input type="radio"/>_2</td> <td>[redacted]</td> </tr> <tr> <td>I.c</td> <td><input type="radio"/>_1</td> <td><input type="radio"/>_2</td> <td>[redacted]</td> </tr> <tr> <td>I.d</td> <td><input type="radio"/>_1</td> <td><input type="radio"/>_2</td> <td>[redacted]</td> </tr> <tr> <td>II.1</td> <td><input type="radio"/>_1</td> <td><input type="radio"/>_2</td> <td>[redacted]</td> </tr> <tr> <td>II.2</td> <td><input type="radio"/>_1</td> <td><input type="radio"/>_2</td> <td>[redacted]</td> </tr> </tbody> </table>			MATERNA	FETAL	Código CIE	I.a	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]	I.b	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]	I.c	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]	I.d	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]	II.1	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]	II.2	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]
	MATERNA	FETAL	Código CIE																																		
I.a	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]																																		
I.b	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]																																		
I.c	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]																																		
I.d	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]																																		
II.1	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]																																		
II.2	<input type="radio"/> _1	<input type="radio"/> _2	[redacted]																																		
<b>17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE: [redacted]																																					
<b>18. NOMBRE</b> Nombre(s): [redacted] Primer Apellido: [redacted] Segundo Apellido: [redacted]																																					
<b>19. CURP</b> [redacted] Se ignora <input type="radio"/> _99						<b>20. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1 Se ignora <input type="radio"/> _99 Otra <input type="radio"/> _2 → Especifique: [redacted]																															
<b>21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9		<b>22. EDAD (Años)</b> [redacted]		<b>23. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input checked="" type="radio"/> _4 Separada <input type="radio"/> _6 Divorciada <input type="radio"/> _3 Viuda <input type="radio"/> _2 Soltera <input type="radio"/> _1 Casada <input type="radio"/> _5 Se ignora <input type="radio"/> _9																																	
<b>24. RESIDENCIA HABITUAL</b> (Añote el domicilio y teléfono)																																					
24.1 Tipo de vialidad: Calle [redacted] 24.2 Tipo de asentamiento humano: Colonia [redacted] 24.3 Localidad: Iguala [redacted]				24.4 Nombre del asentamiento humano: Iguala [redacted] 24.5 Código Postal: [redacted]				24.6 Municipio o delegación: Iguala [redacted]		24.7 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Guerrero [redacted]		24.8 Teléfono: [redacted]																									
<b>25. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> _1 Preescolar <input type="radio"/> _12 Primaria <input type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _10 Se ignora <input checked="" type="radio"/> _99					<b>25.1. La escolaridad seleccionada es:</b> Completa <input type="radio"/> _1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> _2					<b>25.2. Trabaja actualmente</b> Sí <input type="radio"/> _1 No <input checked="" type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _99																											
<b>27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> _1 ISSSTE <input type="radio"/> _3 SEDENA <input type="radio"/> _5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> _7 Otra <input type="radio"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10 Se ignora <input type="radio"/> _9					<b>27.1 Número de seguridad social o afiliación</b> [redacted]					<b>28. NÚMERO DE EMBARAZO (incluye el actual)</b> [redacted] Se ignora <input type="radio"/> _99																											
<b>29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS (AS)</b> 29.1 Nacidos Muertos (as): [redacted] Se ignora <input type="radio"/> _99 29.2 Nacidos Vivos (as): [redacted] Se ignora <input type="radio"/> _99 29.3 Sobrevivientes: [redacted] Se ignora <input type="radio"/> _99					<b>30. ¿VIVE LA MADRE?</b> Sí <input checked="" type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2					<b>30.1 En caso negativo, escriba el número de Certificado de Defunción:</b> [redacted]																											
<b>31. NOMBRE DEL INF.</b> Nombre(s): [redacted] Primer Apellido: [redacted] Segundo Apellido: [redacted]						<b>32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO</b> [redacted]																															
<b>33. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> _1 Médico legista <input type="radio"/> _2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> _3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4 Autoridad civil* <input type="radio"/> _5 Otro* <input type="radio"/> _8 *Especifique: [redacted]						<b>34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional: [redacted]																															
<b>35. NOMBRE DEL CERTIFICANTE</b> [redacted] Primer Apellido: [redacted]																																					
<b>36. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE</b> 36.1 Tipo de vialidad: Av. [redacted] 36.2 Nombre de la vialidad: [redacted] 36.3 Tipo de asentamiento humano: Colonia [redacted] 36.4 Nombre del asentamiento humano: Centro [redacted] 36.5 Localidad: Iguala [redacted] 36.6 Municipio o delegación: Iguala [redacted] 36.7 Código Postal: [redacted]																																					
<b>37. TELÉFONO</b> [redacted]						<b>38. FIRMA DEL CERTIFICANTE</b> [redacted]																															

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN.  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.  
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Art. 110  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 103  
 Fracc. 10  
 Entidad federativa: Guerrero



777

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 21 del mes Septiembre del 2018.

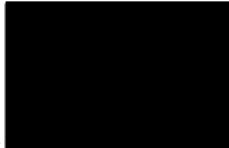
Se autoriza al C. Funerales Oriostegui con domicilio periferico Sur s/n tel. no. 33 41728 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
DE INVESTIGACIÓN  
EN PARA EL CASO ATENTAMENTE  
TOTZINAPA

C.   
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

778

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE: [REDACTED]		SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]	
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 18:30	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	ANTIGUO MUNICIPAL
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]		
B) [REDACTED]		
C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] FO FIGUEROA, IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: AMA DE CASA	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADA	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADO	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS  
DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

779

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		
2. Fecha de nacimiento Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero
5. CURP [Redacted]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Núm. Exterior [Redacted] Interior [Redacted] 10.2 Tipo de asentamiento humano: Colonia [Redacted] 10.3 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.4 Localidad: Iguala 10.5 Municipio o delegación: Iguala 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad: Iguala 10.9 Municipio o delegación: Iguala 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Guerrero		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		
14.2 Clave Única de Establecimiento (CLUES) [Redacted]		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior [Redacted] Interior [Redacted] 15.2 Tipo de asentamiento humano: Colonia [Redacted] 15.3 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.4 Localidad: Iguala 15.5 Municipio o delegación: Iguala 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted]		
16. Fecha de defunción Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted] b) [Redacted] Código CIE [Redacted] c) [Redacted] Código CIE [Redacted] d) [Redacted] Código CIE [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted]
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI [Redacted]
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted] Exterior [Redacted] Interior [Redacted] Tipo de asentamiento humano [Redacted] Nombre del asentamiento humano [Redacted] Código Postal [Redacted] Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa [Redacted] Teléfono [Redacted]		30. FECHA DE REGISTRO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] Acta Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

780

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle _____ Colonia _____ 10.2 Tipo de asentamiento humano: Huécula _____ 10.3 Nombre del asentamiento humano: Huécula de la Independencia 10.4 Nombre del asentamiento humano: Huécula de la Independencia 10.5 Tipo de asentamiento humano: Huécula de la Independencia 10.6 Nombre del asentamiento humano: Huécula de la Independencia 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: Huécula de la Independencia 10.9 Municipio o delegación: Huécula de la Independencia 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Guerrero	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. TRABAJO 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <input checked="" type="radio"/> Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Avenida _____ Colonia _____ 15.2 Tipo de asentamiento humano: Huécula de la Independencia 15.3 Nombre del asentamiento humano: Huécula de la Independencia 15.4 Nombre del asentamiento humano: Huécula de la Independencia 15.5 Tipo de asentamiento humano: Huécula de la Independencia 15.6 Nombre del asentamiento humano: Huécula de la Independencia 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: Huécula de la Independencia 15.9 Municipio o delegación: Huécula de la Independencia 15.10 Entidad federativa: Guerrero	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo g) _____ h) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte i) _____ Código CIE j) _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Descripción de la lesión: _____ 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____	
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____	
24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____	
<b>DEL CERTIFICANTE</b>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, AÑOTE: Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vivienda: Centro _____ 28.2 Nombre de la vivienda: Huécula de la Independencia 28.3 Nombre del asentamiento humano: Huécula de la Independencia 28.4 Código Postal: _____ 28.5 Localidad: Huécula de la Independencia 28.6 Municipio o delegación: Huécula de la Independencia 28.7 Entidad federativa: Guerrero	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL FALLECIDO(A) 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.4 Código Postal: _____ 29.5 Localidad: _____ 29.6 Municipio o delegación: _____ 29.7 Entidad federativa: _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
<b>DEL REG. CIVIL</b>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 113  
 Fracc. I  
 LFTAIP  
 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE OCUACION

781



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		ESTADO CIVIL: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]		
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]		
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]		
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]		
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: 22:15	
LUGAR: SECRETARIA DE SALUD	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]		
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: AV [REDACTED] LA, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]		
B) [REDACTED]		
C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED] LA, GUERRERO	OCUPACION: EMPLEADA	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: EMPLEADO	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS		

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_ DECLARANTE \_\_\_\_\_ TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

Serie C1

Folio 58163

Tipo de Comprobante Ingreso  
Fecha

Lugar de Expedición 40000

Número de serie del Certificado

782

Número Recibo C1-58163

Versión 3.3

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente  
R.F.C. XAXX010101000 Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto SERIE Ñ FOLIO 1A. AMPL. PANT. M'PAL.

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
93161700	1.0	C62	LOTE	4143-02-001 INHUMACIONES	98.27	0.00	98.27
93161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	14.74	0.00	14.74
						SubTotal	113.01
						Descuento	0.00
						Total Comprobante	113.01

Importe con Letra:  
(CIENTO TRECE PESOS 01/100 M.N.)

Folio Fiscal UUID a5fe36f3-52de-4b02-8cd3-28855cc6263d

No. de Serie del Certificado SAT 00001000000408254801

Fecha y Hora de Certificación 28/09/2018 01:54:31 PM



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Cajero

Sello digital del CFDI:

PARA EL CASO  
b. 9PwYhKwDkw3a94ZBAXvUnh42Yo5l04v7Dd8c3Mk/S-C1FZOLYM1YADzqgVwvXITn4511AFpJQ996rhmAR8gFPSqHt3evK/hDUad/HSSpkDmulQ3sAEdd08aATnD9cabGhlfmheByjApO7IYVv3+uWY2gXpc2+pxNi2377Uvc2HxSH+bJZqeRmLXoF3X3Lmk83PIE  
W. 2gXpc2+pxNi2377Uvc2HxSH+bJZqeRmLXoF3X3Lmk83PIE  
m. 3D7uFO+7IVwmOCt9qGkn7Hu8xOygox1OKz8yJEg==

Sello del SAT:

u5vIPpYcRaslnXKxzB4EJLfrH+Bl6cR62r3QbFC+JSibZJ5BBGSldNC/3K4hPgUa5yTnDQSK3MF2IDzCNESz3XpVUGIwUllihKZrdE4OQoiDyjkW2+8OD0sv2JBTWsp  
KZdk2JwYbd66TzRZh+YmvTJSQ1CPBEml+NeAuKYLibTYu/4Ej9UTcdFPvishL9MEYODrKuH1BU6F+4lvQy+U0NT3yww+bQ2WqoFckCJ7sAkrysXpagvigmAn0sBZ  
m. Qxp6Hq2uQbxjPhR/x24fSOZk0SbvWTaRYh/im36po894R0-VXBB2JRikezB4XGSDDwG+7O835U5fDX+dXl+LbgpAg==

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

l: 1a5fe36f3-52de-4b02-8cd3-28855cc6263d|2018-09-28T13:54:31|bA9PwYhKwDkw3a94ZBAXvUnh42Yo5l04v7Dd8c3Mk/S-C1FZOLYM1YADzqgVwvXITn4511AF  
EJQ996rhmAR8gFPSqHt3evK/hDUad/HSSpkDmulQ3sAEdd08aATnD9cabGhlfmheByjApO7IYVv3+uWY2gXpc2+pxNi2377Uvc2HxSH+bJZqeRmLXoF3X3Lmk83PIE  
C adwz7HS3BTMTKLSFTZb7Rp3RvFwWmFE7LP8M2j5Yoi4BuhRx9au5VhgC/RQ4YAoOQsygNcxuUKWVsjU6XilzT43+oevibcMqGV4hm4D7uFO+7IVwmOCt9qGkn





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

783

Serie C1  
Folio 58164

Tipo de Comprobante Ingreso  
Fecha

Número Recibo C1-58164  
Versión 3.3

Lugar de Expedición 40000  
Número de serie del Certificado

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO  
R.F.C. MII850101U71 Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente  
R.F.C. XAXX010101000 Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano Forma de Pago 01-Efectivo  
Condiciones de Pago  
Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto  
SERIE Ñ FOLIO 13198 PANT. M'PAL.

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
93161700	1.0	C62	LOTE	4149-01-009-113 APERTURA DE FOSA P/SEPUL EN PANTEON ANT.MPAL.	244.36	0.00	244.36
93161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	36.65	0.00	36.65
SubTotal							281.01
Descuento							0.00
Total Comprobante							281.01

Orte con Letra:  
(DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS 01/100 M.N.)

Folio Fiscal UUID 1cfe675e-84e9-430b-b29b-a55f0a7d5582  
No. de Serie del Certificado SAT  
Fecha y Hora de Certificación 28/09/2018 01:55:08 PM



UNIDOS MEXICANOS  
PAL DE LA REPÚBLICA  
AL DE INVESTIGACIÓN  
ON PARA EL CASO  
OTZINAPA

Cajero

Sello digital del CFDI:

OBJv.d0HrQpSnteoEInscbTH2O6iJpW87BrFZu1T5W/9ssraXDvmQbVY5JNROb2ldWOzhYMOILAAgD2hOchic+6jZjIwCohJf6LvuEFJhoh0YoZRC4CqxA/++g2VQb/hu0GPdqpV1Ey1GHzuH/JV+zTk7Tg2PcCYhlB0gDRn/Kr/VXCoyRoLdrzWUhl4zclNyumlDGNhKMZu2pRcbd15KUGOM7IDYFzBzuLxSrSEyDY1/0pp16jB7ZIR+GowN18K4OdHLISQx3wBOukMYgl8W4iqRQk87YjR7YeOKKQ0PsvR1q5YV1q3Yn8BgiOUFV7CipaoREw+I202oD3A4A==

Sello del SAT:

bnfZGzeq8Zx1y4z9wCKoolgK1+wwAI4xTvpa6do7LDPyEMxtvYOKJMyA5AeCUN2vjMN0LTZ+EaFPfexBukAL1mC37mmHBO5BqwBFkPYQPIvdooq82B67MbNietZchxPLW802qPLvxuum2QjFvj0pNgbciknbm1g/6cx8q9b+Hd4w87gonxoHNwBbWrcKLeckuSAXnPPLHSHJDD2O/BC+EqsWoevXysvgY3Km5U+OkDGbA0N+oWm d1d8C)rCGyDzR4pS2hadbqxmPK89W7qkF7j7L1RsnaxYGXaFKpUNriml/ms8TB7ZPYJ2B08ijPhK66DXWNwVCg==

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

||1-11:675e-84e9-430b-b29b-a55f0a7d5582|2018-09-28T13:55:08|OBJv.d0HrQpSnteoEInscbTH2O6iJpW87BrFZu1T5W/9ssraXDvmQbVY5JNROb2ldWOzhYMOILAAgD2hOchic+6jZjIwCohJf6LvuEFJhoh0YoZRC4CqxA/++g2VQb/hu0GPdqpV1Ey1GHzuH/JV+zTk7Tg2PcCYhlB0gDRn/Kr/VXCoyRoLdrzWUhl4zclNyumlDGNhKMZu2pRcbd15KUGOM7IDYFzBzuLxSrSEyDY1/0pp16jB7ZIR+GowN18K4OdHLISQx3wBOukMYgl8W4iqRQk87YjR7YeOKKQ0PsvR1q5YV1q3Yn8BgiOUFV7CipaoREw+I202oD3A4A==



Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

• € 20187

SECRETARIA DE LA REPUBLICA  
SECRETARIA DE INVESTIGACION  
CIVIL Y CASO  
ACATEPEC

• "OCTUBRE"

Nota  
75-oct-2018

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 15 de Octubre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	08/10/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	11/10/2018	[REDACTED] "
[REDACTED]	14/10/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		[REDACTED]



SEMANA DEL 08 AL 14 DE Octubre

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA GENERAL DE INVESTIGACIÓN  
DIRECCIÓN PARA EL CAS  
AYOTZINAPA ATENTAMENTE

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

786

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD				
	8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL				
	10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
	11. ESCOLARIDAD		11.1. La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL				
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación:		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenga el presunto agresor con el(los) fallecido(s)			
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR		26. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		27. NOMBRE			
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad			
		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. FECHA DE REGISTRO			

Art. 110 Fracc. V LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD




787

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 11 del mes Octubre del 2018.

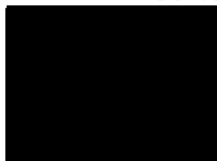
Se autoriza al C. Funerales De DIOS con domicilio Col ZAPATA tel. no. 733 1022975 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



**DIRECTOR DE PANTEONES.**

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



788

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO Y COMO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL, CERTIFICO: QUE EN EL LIBRO NO. [REDACTED] GENERAL DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NO. [REDACTED] DE FECHA [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL RESIDENTE EN HUITZUCO DE LOS FIGUEROA

ACTA DE DEFUNCION

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

SEXO: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS -- MESES -- DIAS -- HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO: C. [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO PANTEON MUNICIPAL

UBICACION: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 13:00

LUGAR: [REDACTED] DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

DONDE FALLECIO: C. [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED] CEDULA: [REDACTED] CERTIFICADO: [REDACTED]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

ANOTACIONES

[REDACTED]

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 302 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN HUITZUCO, HUITZUCO DE LOS FIGUEROA, GRO. A 16 DE OCTUBRE DEL 2018, DO 414

PROFRA. [REDACTED] DA GAYTAN  
NOMBRE Y FIRMA

COTEJG:  
MARIO POZO CASTREJON

REGISTRO CIVIL  
MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL  
HUITZUCO DE LOS FIGUEROA, GRO  
OFICIALIA 01  
DEL REGISTRO CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



789

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD HUITZUCO
MUNICIPIO HUITZUCO DE LOS FIGUEROA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
IGUALA	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 13:00	
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	PANTEON MUNICIPAL
UBICACION: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:	ENDENCIA, GRO.	
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADA	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	
NOMBRE: ROY APAEZ GUTIERREZ	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO:	OCUPACION: EMPLEADO	

LA PRESENTE ACTA TIENE APLICACIONES SIGUIENTES  
OTZINAPA

DECLARANTE

TESTIGO

SE LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU FIRMA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

COMUNIDAD MUNICIPAL CONSTITUCIONAL HUITZUCO DE LOS FIGUEROA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

790

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.3 Um. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 40 días Código CIE [Redacted] b) [Redacted] 24 Hs. Código CIE [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses antes de la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
22.6 Brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]	
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
26. [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
28. [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted]	
33. Art. 113	

LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD. Motivación 1 Motivación 2

791

Nat y  
05 oct 2018  
C.

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 21 de Octubre 2018.

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
no. hubo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 15 AL 21 DE Octubre



ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

YOTZINAPA

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 28 de Octubre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>22/10/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>23/10/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>24/10/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>24/10/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>26/10/2018</u>	[REDACTED]

SEMANA DEL 22 AL 28 DE Octubre



[REDACTED]  
[REDACTED]  
CIÓN PARA EL CASO RADOR  
AYOTZINAPA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y-HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

Table with columns: OFICIALIA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO. Includes fields for LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, and ENTIDAD FEDERATIVA (GUERRERO).

DATOS DEL FINADO

Form containing personal data: NOMBRE (Nombre(s), Primer apellido, Segundo apellido), SEXO (Masculino/Femenino), EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO (Localidad, Municipio, Entidad Federativa, País), NOMBRE DEL CÓNYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, and CURP.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form containing death details: FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN, LUGAR (HOGAR), No. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADÁVER (Inhumación/Creación), NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN, NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN, and No. DE CÉDULA PROFESIONAL.

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form for witness information: NOMBRE, PARENTESCO, NACIONALIDAD, EDAD.

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN IGUALA, GUERRERO, A LOS 29 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2018, DOY FE.

Official stamps and signatures: LA REPÚBLICA INVESTIGACIÓN PARA EL CASO, AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 94

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>0</u> <u>9</u> <u>5</u> Se ignora <input type="radio"/> _9_			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> _____ <u>46</u> <u>D</u> <u>Col. Centro</u> <u>Iguala</u> 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Iguala</u> <u>Iguala de la independencia</u> <u>Guerrero</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> _2_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ En unión libre <input type="radio"/> _4_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input checked="" type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ Unidad médica pública <input type="radio"/> _8_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública _____			14.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Hogar <input checked="" type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____ 1 Tipo de vialidad _____ <u>Tuxpan</u> 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Iguala de la independencia</u> <u>Guerrero</u> 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input checked="" type="radio"/> _2_		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 Hrs.</u>			Código CIE _____		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____			22.6 Nombre de la vialidad _____			22.7 Nombre del asentamiento humano _____		
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____			22.7.1 Tipo de vialidad _____			22.7.2 Nombre de la vialidad _____			
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____			22.7.7 Código Postal _____			22.7.8 Localidad _____			
22.7.9 Municipio o delegación _____			22.7.10 Entidad federativa _____			22.7.11 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico <input checked="" type="radio"/> _2_ Otro médico <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _6_			
27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			28. FIRMA _____ Número de la cédula profesional _____			29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Av.</u> _____ <u>Col. Centro</u> <u>Iguala</u> <u>Iguala de la independencia</u> <u>Guerrero</u> 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			31.1 Acta Núm. _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

"2018. Año del Bicentenario del Natalicio de Ignacio Ramírez Calzada, El Nigromante".

OFICIO No [REDACTED]

**ASUNTO:** SE REMITE COPIA CERTIFICADA DE DEFUNCION.

Acambay de Ruiz Castañeda, Méx., 22 de octubre de 2018.

**OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL  
DE IGUALA GUERRERO  
P R E S E N T E:**

Con fundamento en el artículo 3.32 del Código Civil Vigente en la entidad, y Artículo 89 del Reglamento del Registro Civil remito copia certificada del acta de defunción de quien en vida llevara el nombre de: [REDACTED] procedente de este municipio, a la jurisdicción a su cargo, para ser **INHUMADO**, en el **PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA, GUERRERO**

Así mismo le informo que el interesado, deberá presentar la copia del certificado de defunción, para efectos de trámites subsecuentes.

**ATENTAMENTE**



[REDACTED]  
LIC. [REDACTED]  
OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL 01  
ACAMBAY, MEXICO

c.c.p.- Archivo.

AL DE LA REPÚBLICA  
AL DE INVESTIGACIÓN  
N PARA EL CASO  
OTZINAPA

www.acambay.gob.mx



Clave Única de Registro de Población

# Estados Unidos Mexicanos Acta de Defunción

N° de Certificado de Defunción de la SSA

Entidad de Registro  
MÉXICO

Municipio de Registro

Oficialia	Libro	Número de Acta	Fecha de Registro
01	0001	00142	22/10/2018

### Datos de la Persona Fallecida:

Nombre(s): [Redacted] Primer Apellido: [Redacted] Segundo Apellido: [Redacted]  
 Sexo: [Redacted] Edad: [Redacted] (os) Nacionalidad: [Redacted]

### Datos de la Defunción:

Fecha: 21/10/2018 Hora: 21:00 Lugar: [Redacted] Destino del Cadáver: INHUMACION

EDEMA CEREBRAL INMEDIATO, TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO INMEDIATO.

### Causas de la Defunción:

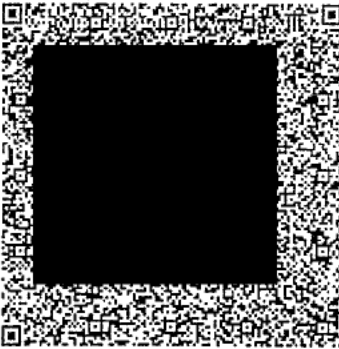
Anotaciones Marginales:	Certificación:
SE LEVANTA LA PRESENTE ACTA POR ORDEN DEL MINISTERIO PÚBLICO SEGUN OFICIO NO. 273200001-13164-2018 DEDUCIDO DE LA HIC. ATLA/ATL/ATL/MP/40002154/18/18, 23/10/2018, DOY FE	La presente certificación es un extracto del acta cuyos datos arriba se mencionan en cumplimiento de los artículos 3.1 y 3.7 del Código Civil vigente en el Estado de México.  A LOS 22 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2018 DOY FE.

### Sello:

JANGEL YOSSIMAR CECILIO JIMENEZ M23A11 PINO 4 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, IGUALA GUERRERO 010 EDEMA CEREBRAL INMEDIATO, TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO INMEDIATO. 2018-10-21 00:00:00.0 IGUALA GUERRERO MUNICIPAL ISMAEL JOSE LUIS GARDUÑO MILLAN 1149908 JORGE JIMENEZ CANTU 57N COL. SAN MARTIN, ATLACOMULCO, MEXICO 116446354 IRM.002+308 LIBRAMIENTO ACAMBAY, ACAMBAY DE RUIZ CASTAÑEDA, MEXICO 01ALS JANDRO CECILIO RIVERA JIMENEZ GUADARRAMA DAVÍD JESÚS MORENO JAV. MARIA COLIN SANCHEZ SIN COL CUATRO MILPAS, ATLACOMULCO, MEXICO 26NINGUNO

### Firma Electrónica:

ABE1V5S4JGz/2vgrnKTGaCDSCyHyqs3IG0ErS6Pw7v5saNjMOfhNZlc1TK/5mzqEK+HISrQWozIeH6aNCkKAYpJbqW5i6WENvXWjQTH+eUKStvKta2vLOfexJW3r3FEb0IMoHd0W2VT9NIE9EGHIMO3R0huw/7ZQEQRy6p4oJD0a88CU5crn3Ngoa116bcdQH62IJL6P7n4yglELSF5qGib9DMHIS2HajI5R4LhuIKOLsNkh3aFQDwDmLUB6sND2LvgoeaHh2Hefw9p92CaVgk8Nd6CJmhHBcsMAu1u0IOI3U1TgKEvFKCK53J/AR3ylGL72yUkg==



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
 SECRETARÍA DE SALUD  
 INSTITUTO MEXICANO DEL REGISTRO CIVIL  
 SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
 SECRETARÍA DE INTERIORES  
 SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ  
 SECRETARÍA DE LA DEFENSA  
 SECRETARÍA DE TURISMO Y CULTURA  
 SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES  
 SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS  
 SECRETARÍA DE ENERGÍA  
 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
 SECRETARÍA DE EMPLEO Y PROTECCIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO  
 SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL  
 SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO  
 SECRETARÍA DE MEDICINA Y PROTECCIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES  
 SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ECONOMÍA  
 SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES  
 SECRETARÍA DE TURISMO Y CULTURA  
 SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS  
 SECRETARÍA DE ENERGÍA  
 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
 SECRETARÍA DE EMPLEO Y PROTECCIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO  
 SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL  
 SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO  
 SECRETARÍA DE MEDICINA Y PROTECCIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES  
 SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ECONOMÍA  
 SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL  
 SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

Código QR  
 MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
 DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

El contenido del acta puede ser verificado en: <http://validatuacta.edomex.gob.mx> capturando el identificador electrónico que se encuentra en la parte superior derecha.

SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

798  
797



FOLIO No. TRF [REDACTED]

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

**SSA-06-005 PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS**

<b>MODALIDAD DEL TRÁMITE</b>		
<b>A</b> DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS (INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL)	<b>B</b> <del>XX</del> TRASLADO DE CADAVERES	<b>C</b> INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL
<b>D</b> EXHUMACIÓN PREMATURA	<b>E</b> EXHUMACIÓN	<b>F</b> INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO

RENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	No. LICENCIA SANITARIA
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO(S)

**- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO**

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	No. CEDULA PROFESIONAL
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO(S)

**- DISPOSICIÓN DE CADAVERES HUMANOS**

INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS	PROCEDENCIA	
TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO
PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA GUERRERO		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO
EXHUMACIÓN PREMATURA	LUGAR DE LA INHUMACIÓN	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
EXHUMACIÓN	LUGAR DE DESTINO	
INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO.		EMBALSAMADO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

**- DATOS DE FINADO**

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: HOMBRE HORA Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN: 21:00 HRS., 22/10/2018 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

**- DATOS DEL SOLICITANTE**

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO REPRESENTANTE DE FUNERALES: REYES FIRMA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COL. CUATRO MILPAS, ATLACOMULCO

LUGAR Y FECHA: ATLACOMULCO, MEX; A 22 DE OCTUBRE DE 2018

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRÁMITE INTERNACIONAL O SALIDA): \_\_\_\_\_

22 OCT 2018

ESTE FORMATO SE PRESENTARA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERÁ ANEXAR PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SIRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDADANÍA (SACTEL) LOS TELÉFONOS: 5 4 80 20 00 EN EL D.F. Y ÁREA METROPOLITANA DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL 800 001 4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADA AL 188 594 3372

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



CERTIFICADO DE EMBALSAMAMIENTO Y ARREGLO ESTETICO  
POST-MORTEM

798  
798

Nº [REDACTED]

A Quien corresponda:

Con fundamento en los artículos 375 fracción V y 100 fracción; 105, 106 y 107 del reglamento de la LEY GENERAL de SALUD en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

El suscrito, embalsamador autorizado y equipado con instrumental y químicos adecuados para ejercer legalmente la profesión, acreditado con CONSTANCIA DE ESTUDIOS folio No. [REDACTED] expedida por el plantel Coyoacán del CONALEP con la clave 189 y en coordinación con la DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN SANITARIA del D.F. Hace de su conocimiento, el haber practicado la PRESERVACIÓN del cadáver de quien en vida llevara

El nombre de: [REDACTED] Las 10:00

Horas del día: [REDACTED] de [REDACTED] del [REDACTED] en la embalsamadora SEMEFO

Con domicilio en: [REDACTED]

Fecha y hora de la defunción [REDACTED] 21:00

Certificado de defunción folio No. [REDACTED]

Medido por el Dr. (a) [REDACTED] Ced. Prof. [REDACTED]

En el que se consigna(n) la(s) siguiente(s) causa(s) de muerte

[REDACTED]

La técnica aplicada fue la siguiente:

[REDACTED]

Que será inhumado(a) o Incinerado(a): PANTERON MUNICIPAL DE ZGUALA GUERRERO

Funeraria responsable del trámite: [REDACTED] Tel. 702 196 59 55

Av. del Rastro 256, San Lorenzo Tepetitlán, Estado de México Tel. (722) 319- 5676 Cel. 7221681526  
Reg. S.T. y P.S. C.F.R. 1902/1983 Licencia Sanitaria No. 15106300001

Observaciones:

SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIÓN  
CIENTÍFICA PARA EL CASO  
AYOTZIN [REDACTED]  
Embalsamador





# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

794 800 799

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Guamero

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI  1, No  2, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Se ignora  9

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted], Para menores de un día [Redacted], Para menores de un mes [Redacted], Para menores de un año [Redacted], Para personas de un año o más [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  4, Separado(a)  6, Divorciado(a)  3, Viudo(a)  2, Casado(a)  5, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 4 Colonia Iguala de la Independencia Iguala GUAMERO

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

12.1 Trabajaba: SI  1, No  2, Se ignora  99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, IMSS  2, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, Otra  8, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Cametara

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted]

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, El parto  2, El puerperio  3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, No estuvo embarazada ni en puerperio los últimos 11 meses antes de la muerte  5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  1, No  2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  1, No  2, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Calle o carretera (vía pública)  4, Área comercial o de servicio  5, Área industrial (taller, fábrica u obra)  6, Granja (rancho o parcela)  7, Otro  8, Se ignora  9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el [Redacted]

22.6 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Cametara

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted]

22.7.8 Localidad [Redacted]

22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]

22.7.10 Entidad federativa: México

23. NOMBRE: [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5, Otro  8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE: [Redacted]

28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: Cirujito

29.1 Tipo de vialidad [Redacted]

29.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

29.3 Núm. Exterior [Redacted]

29.4 Núm. Interior [Redacted]

29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano: San Martín

29.7 Código Postal [Redacted]

29.8 Localidad: Atzacomulco

29.9 Municipio o delegación: México

29.10 Entidad federativa [Redacted]

29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

31. AVERSIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: Fracc. I LETAIP

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Fracc. I LETAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO  
REGISTRO CIVIL

FOLIO VIII

ACTA DE DEFUNCIÓN

800

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA No.	LIBRO No.	ACTA No.	MUNICIPIO	FECHA DE REGISTRO		
				DIA	MES	AÑO
LOCALIDAD						

FINDO(A)

FALLECIMIENTO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: 23 AÑOS

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA GUERRERO

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: IGUALA GUERRERO ORDEN No. [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED] FOLIO DEL CERT. DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] MEXICO

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN

NOMBRE: [REDACTED] NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] SAN MARTIN, ATLACOMULCO, MEXICO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] ATLACOMULCO, MEXICO

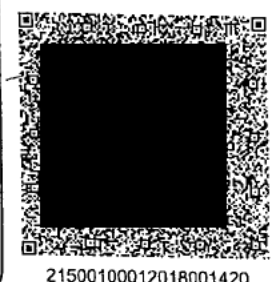
FIRMA [REDACTED]  
DECLARANTE

SE LE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SUPIERON HACERLO, Y QUIENES NO, IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL. DOY FE.

EL (LA) C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE: ALICHERM [REDACTED] CRUZ

FIRMA [REDACTED]



21500100012018001420

LA PRESENTE ACTA CONTIENE LAS SIGUIENTES:

SE LEVANTA LA PRESENTE ACTA POR ORDEN [REDACTED] PUBLICO SEGUN OFICIO NO. 213200001-13104-2018 DEDUCIDO DE LA NIC.

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes octubre del 2015.

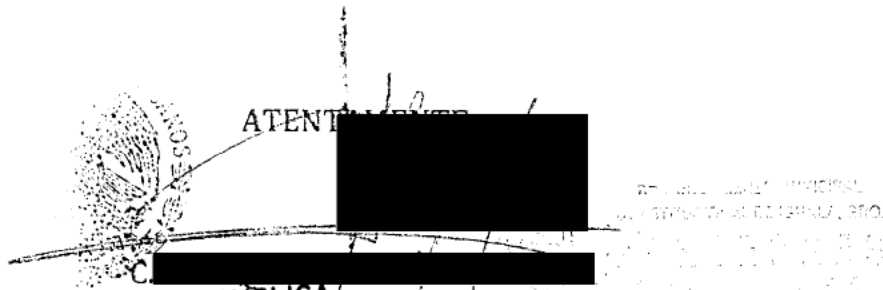
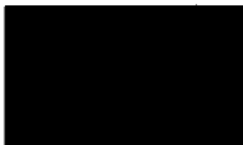
Se autoriza al C. Funerales Uriostegui con domicilio periferico sur s/n tel. no. 3341728 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AL DE LA REPUBLICA  
AL DE INVESTIGACION  
ON PARA EL CASO

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

802

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día _____ Mes _____ Año _____	<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Guerrero, México	
<b>5. CURP</b> _____ Se ignora <input type="radio"/>	<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un mes: Horas _____ Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
<b>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</b> _____	<b>8.2 Semanas de gestación:</b> _____
<b>8.3 Peso (gramos):</b> _____	<b>8. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
<b>9. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) Calle _____ 6 Colonia _____ Ejidatarios M. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano Iguala Guerrero 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Prescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	<b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>
<b>12. OCUPACIÓN MARITAL</b> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	
<b>13.1 Número de seguridad social o afiliación</b> _____	
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> MSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad de Cuidados Intensivos IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>15. DÓNDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Calle _____ 2 Colonia _____ Centro 15.1 Tipo de vía pública _____ 15.2 Nombre de la vía pública _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 4001001 Iguala Guerrero 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
<b>16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
<b>18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 hr. Código CIE _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, manifestándose en último lugar la causa básica c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: Saños Código CIE _____ d) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: Saños Código CIE _____ <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	
<b>19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS</b> 21.1 ¿Especifique si el parto ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE _____	
<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:</b> 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
<b>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> 22.7.1 Tipo de vía pública _____ 22.7.2 Nombre de la vía pública _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
<b>23. NOMBRE DEL INFANTE</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
<b>24. CERTIFICADO POR</b> Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____ 25. FIRMA _____ Número de la cédula profesional _____	
<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> 27. NOMBRE _____ 28. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle _____ Centro Colonia _____ Iguala Guerrero 29.1 Tipo de vía pública _____ 29.2 Nombre de la vía pública _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____	
<b>29. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> Día _____ Mes _____ Año _____	
<b>30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> 31.1 Acta Núm. _____ 31.2 Lugar y fecha de inscripción: 31.2.1 Localidad _____ 31.2.2 Fecha de inscripción _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

**SECRETARIA DE SALUD  
INSTITUTO PARA EL CASO  
AYOTZINAPA**

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE RECIBIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

PANEL  
MUNICIPAL  
803

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE (ANCA DE REGISTRO DE POBLACION)

ESTADO: IGUALA  
FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA  
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

SEXO: HOMBRE  MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRES) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]  
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]  
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA  
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 01:30

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] MUJO MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [REDACTED]  
B) B) [REDACTED]  
C) C) [REDACTED] RAL SISTEMICA

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]  
DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GTO. OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]  
DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]  
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO  
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORME CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN  
ELLA INTERVINERON Y SE EN HACELO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

SELLO DE LA OFICINA  
COMISARIA DE DEFUNCIONES  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GTO.  
OFICIAL DE REGISTRO CIVIL  
2018

INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES FORENSES

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

809

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA		
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]		
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 13:40		
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]		
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL		
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]		
DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]		
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO		
DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO		
DOMICILIO: BANDERA NACIONAL COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO		
LA PRESENTE ACTA TIENE ANOTACIONES SIGUIENTES: PRESENTO REQUISITOS INVESTIGACION REPUBLICA DEL CASO PA		

FIRMAS

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [REDACTED]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA  
H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL  
2018 - 2021

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

805

SI LA DEFUNCIÓN FUERUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
	10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior	
	10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal	
	10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD	
	11.1 La escolaridad seleccionada es:		11.2 Trabajaba		12.1 Trabajaba		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
	13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
	15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior	
	22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal	
	22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE	
	24. PARENTESCO DEL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE	
	28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
	29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación	
	32.3 Entidad federativa		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	
	31.1 Acta Núm.		31.2 Libro Núm.		31.3 Folio Núm.		31.4 Fecha de inscripción	
	31.5 Fecha de inscripción		31.6 Lugar de inscripción		31.7 Municipio o delegación		31.8 Entidad federativa	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFIQUE LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



806

Nacti  
05 oct 2018

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 04 de Noviembre 2018.

C [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	29/10/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	30/10/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 29 AL 30 DE Noviembre



ATENTAMENTE

REPUBLICA  
DE INVESTIGACIÓN

[REDACTED]  
C. [REDACTED]

ADMINISTRADOR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
01		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO)		(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	ESTADO CIVIL:
IGUALA (LOCALIDAD)	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA: 11:55	
LUGAR: ISSSTE	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) B) C) C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO: COLONIA CENTRO. IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: HERMANA	
DOMICILIO:	Ocupacion: AMA DE CASA	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: O. IGUALA, GUERRERO	Ocupacion: EMPLEADA	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO	
DOMICILIO: O. IGUALA, GUERRERO	Ocupacion: EMPLEADO	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO  
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED]

SELO DE LA OFICINA  
AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL  
2018 - 2021

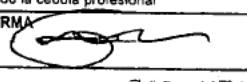


SECRETARÍA DE SALUD  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

808

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b> 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b>	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Er. unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>CALLE _____</b> <b>COLONIA _____</b> 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad <b>CENTRO</b> 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Localidad <b>IGUALA</b> 10.8 Localidad <b>IGUALA</b> 10.9 Municipio o delegación <b>GUERRERO</b> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 <b>C.H. ISSSTE IGUALA</b> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>BOULEVARD _____</b> 15.1 Tipo de vialidad _____ <b>COLONIA _____</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>CENTRO</b> 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal <b>IGUALA</b> 15.8 Localidad <b>IGUALA</b> 15.9 Municipio o delegación <b>GUERRERO</b> 15.10 Entidad federativa _____			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>30 MIN</b> <b>1 MES</b> <b>1 MES</b> <b>3 AÑOS</b>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____ Código CIE _____ Código CIE _____ Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No está embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b> 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 <b>INVESTIGACIÓN DEL CASO</b>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
<b>DEL INF.</b> 23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input checked="" type="radio"/> 8 *Especifique _____			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA 			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>BOULEVARD _____</b> 29.1 Tipo de vialidad _____ <b>CENTRO</b> 29.2 Nombre del asentamiento humano _____ <b>IGUALA</b> 29.3 Municipio o delegación <b>GUERRERO</b> 29.4 Entidad federativa _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación <b>IGUALA</b> 29.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b> 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____					
<b>DEL REG. CIVIL</b> 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____					

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

809

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se 1 No 2 Iguala 8 Se ignora 99

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Se ignora 9 Otra 2 → Especifique

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos Se ignora 9

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Tipo de vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa (si reside en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

11.2 Trabajaba Si 1 No 2 Se ignora 9

12.1 Trabajaba Si 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 UGZ MF#4 Unidad médica pública 8 Unidad médica privada 9 Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Tipo de vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 2 0 3 0 Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE 24 horas

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] 4 días

c) [Redacted] 24 horas

d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa

23. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL: 31.1 Acta Núm. [Redacted] 31.2 Lugar y fecha de registro: Localidad [Redacted] 31.3 Entidad federativa [Redacted]

24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8 Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] 28. F [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Tipo de vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted]

29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL: 31.1 Acta Núm. [Redacted] 31.2 Lugar y fecha de registro: Localidad [Redacted] 31.3 Entidad federativa [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

80



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO	FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD: MEXICANA	
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO		
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA		
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 20:30		
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]		
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="radio"/> CREMACION <input type="radio"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL		
UBICACION: LOTE 399, CUARTA SECCION, PRIMERA AMPLIACION	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO: [REDACTED] CENTRO. IGUALA, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] COL. CENTRO. IGUALA, GUERRERO		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: MECANICO		
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO		
DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: COMERCIANTE		
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]		
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO		
DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: COMERCIANTE		
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS  
[REDACTED] DECLARANTE  
[REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

€ 2018 €

• A REPUBLICA  
VESTIGACIÓN  
EL CASO  
A

“NOVIEMBRE”

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 11 de Noviembre 2018.

C [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	10/11/2018	[REDACTED]

SEMANA DEL 05 AL 11 DE Noviembre

REPUBLICA  
INVESTIGACIÓN  
EL CASO

ATENTAMENTE

C [REDACTED]  
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
**DIRECCIÓN DE PANTEONES**  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha 12/11/18 Hora 11:08hrs.  
Recibo Necky Tovar A.

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes Noviembre del 2018.

Se autoriza al C. Funerales Urioste con domicilio periferico Sur s/n tel. no. 3341728 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

EL LA REPUBLICA  
INVESTIGACIÓN ATENTAMENTE  
RA EL CASO  
IAPA

[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



819

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de Noviembre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>20/11/2018</u>	[REDACTED]
[REDACTED]	<u>22/11/2018</u>	[REDACTED]
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SEMANA DEL 19 AL 25 DE Noviembre

REPUBLICA  
SOLICITACIÓN  
CASO

ATENTAMENTE

[REDACTED]

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR



**DIRECCION DE PANTEONES**

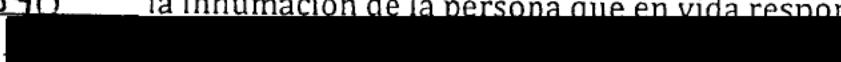
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

2018-2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes NOVIEMBRE del 2018.

Se autoriza al C. FUNERALES "CRISTO REY" con domicilio ALDAMA #26 COL. CENTRO tel. no. 332 3540 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de  La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

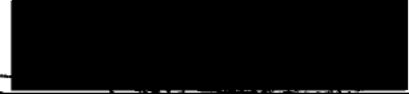
**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



ATENTAMENTE



REPUBLICA  
DE GUERRERO  
SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx



**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 18 de Noviembre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	16/11/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		

SEMANA DEL 12 AL 18 DE Noviembre

DIRECCIÓN DE PANTEONES

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR  
[REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
**DIRECCIÓN DE PANTEONES**  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha 26/11/18 Hora 12:35

Recibido [Signature]

817

Iguala Gro, a 16 de noviembre de 2018.

Se autoriza a la C [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada),  
para la inhumación del cuerpo de la persona quien en vida llevo el nombre de: [REDACTED]  
[REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal.

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA. GRO.  
DIRECCIÓN DE  
PANTEONES  
2021  
JODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

ANOS

REPUBLICA  
ESTIGACIÓN  
L CASO



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

818

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)**  
Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

**2. FECHA DE NACIMIENTO**  
Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

**3. SEXO**  
Hombre  Mujer  Se ignora

**4. ENTIDAD DE NACIMIENTO**  
GUERRERO

**5. CURP**  
[Redacted]

**6. ¿HABLADA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?**  
Sí  No  Se ignora

**7. NACIONALIDAD**  
Mexicana  Se ignora  Otra

**8. EDAD CUMPLIDA**  
Para menores de una hora: Minutos [Redacted]  
Para menores de un día: Horas [Redacted]  
Para menores de un mes: Días [Redacted]  
Para menores de un año: Meses [Redacted]  
Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora

**9. ESTADO CONYUGAL**  
En unión libre  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Se ignora

**10. RESIDENCIA HABITUAL**  
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)  
CALLE [Redacted]  
10.1 Tipo de vialidad: CALLE  
10.2 Nombre de la vialidad: CALLE  
10.3 Núm. Exterior: [Redacted] 10.4 Núm. Interior: [Redacted]  
10.5 Tipo de asentamiento humano: IGUALA  
10.6 Nombre del asentamiento humano: IGUALA  
10.7 Código Postal: [Redacted] 10.8 Localidad: IGUALA  
10.9 Municipio o delegación: IGUALA  
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): GUERRERO

**11. ESCOLARIDAD**  
Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora

**11.1 La escolaridad seleccionada es:**  
Completa  Incompleta

**12. OCUPACIÓN HABITUAL**  
12.1 Trabajaba: Sí  No  Se ignora

**13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD**  
Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora

**13.1 Número de seguridad social o afiliación:** [Redacted]

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN**  
Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]  
14.2 Clave Única de Entidad: [Redacted]

**14.1 Nombre de la unidad médica:** [Redacted]

**14.2 Clave Única de Entidad:** [Redacted]

**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN**  
15.1 Nombre de la vialidad: DE SANTA TERESA  
15.2 Nombre de la vialidad: DE SANTA TERESA  
15.3 Núm. Exterior: [Redacted] 15.4 Núm. Interior: [Redacted]  
15.5 Tipo de asentamiento humano: SANTA TERESA  
15.6 Nombre del asentamiento humano: IGUALA  
15.7 Código Postal: [Redacted] 15.8 Localidad: SANTA TERESA  
15.9 Municipio o delegación: IGUALA  
15.10 Entidad federativa: GUERRERO

**16. FRECUENCIA DE DEFUNCIÓN**  
Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

**17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?**  
Sí  No  Se ignora

**18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?**  
Sí  No

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

**PARTE I**  
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  
a) [Redacted] Código CIE: [Redacted]  
b) Debido a (a) como consecuencia de) [Redacted]  
c) Debido a (a) como consecuencia de) [Redacted]  
d) [Redacted]

**PARTE II**  
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo  
PÚBLICA  
INVESTIGACIÓN

**20. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?**  
Sí  No

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS**  
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:  
El embarazo  43 días a 11 meses después del parto o aborto  El parto  No Asistió embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  El puerperio

**21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?**  
Sí  No

**21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?**  
Sí  No

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:**  
22.1 Fue un presunto:  
Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora

**22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?**  
Sí  No  Se ignora

**22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:**  
Vivienda particular  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Escuela u oficina pública  Área industrial (miner, fábrica u obra)  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicio  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora

**22.4 Apellido relacionado con el título de la investigación (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k) (l) (m) (n) (o) (p) (q) (r) (s) (t) (u) (v) (w) (x) (y) (z)**  
IGUALA

**22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión (el presunto accidente, homicidio o suicidio):**  
CARPETA DE INVESTIGACIÓN: [Redacted]

**22.6 Nombre del asentamiento humano:** IGUALA

**22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:** [Redacted]

**22.7.1 Tipo de vialidad:** [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]  
22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]  
22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]

**23. NOMBRE DEL INF.**  
Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

**24. PARENTESCO DEL(LA) FALLECIDO(A)**  
[Redacted]

**25. CERTIFICADA POR**  
Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro

**26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO**  
Especifique: [Redacted]

**27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE**  
Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

**28. FIRMA DEL CERTIFICANTE**  
[Redacted]

**29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE**  
CALLE [Redacted] Localidad: [Redacted] Municipio o delegación: [Redacted] Entidad federativa: [Redacted]

**29.1 Tipo de vialidad:** [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad: [Redacted]  
29.3 Núm. Exterior: [Redacted] 29.4 Núm. Interior: [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]  
29.7 Código Postal: [Redacted] 29.8 Localidad: [Redacted] 29.9 Municipio o delegación: [Redacted] 29.10 Entidad federativa: [Redacted] 29.11 Teléfono: [Redacted]

**31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA REG. CIVIL**  
Motivación: [Redacted]

**32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO**  
32.1 Localidad: [Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES



SECRETARÍA DE SALUD  
COORDINACIÓN SEMER  
IGUALA



**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de Noviembre 2018.

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	<u>20/11/2018</u>	[Redacted] "
[Redacted]	<u>22/11/2018</u>	[Redacted] "
[Redacted]	<u>22/11/2018</u>	[Redacted] "
[Redacted]	<u>24/11/2018</u>	[Redacted] "
[Redacted]	<u>25/11/2018</u>	[Redacted] "

SEMANA DEL 19 AL 25 DE Noviembre

ICANOS

REPUBLICA  
DIRECCIÓN  
ATENTAMENTE

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



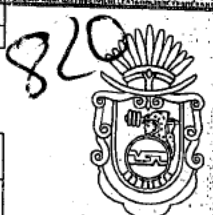
H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE  
PANTEONES  
2018 - 2021

**RECIBIDO**  
Fecha 26/11/18 Hora 12:39  
Recibio [Signature]



REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

GUERRERO

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

LOCALIDAD: IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: CALLE CUAUNTEMOC 15 COLONIA LEONARDO BRAVO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

ESTADO CIVIL: CASADO

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 17:30

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] IA CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO. IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO

[REDACTED] DECLARANTE

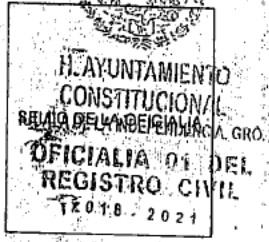
[REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

FIRMA



**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

800

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Guerrero	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>5. CURP</b> [Redacted]		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</b> [Redacted]	
<b>8.2 Semanas de gestación:</b> [Redacted]		<b>8.3 Peso (gramos):</b> [Redacted]	
<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] Colonia [Redacted] 10.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] Colonia [Redacted] 15.2 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]		<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE [Redacted]	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</b> [Redacted]	
<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b> [Redacted]		<b>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> [Redacted]	
<b>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> Calle [Redacted] 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] Colonia [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		<b>23. NOMBRE DEL INFANTE</b> Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		<b>26. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO</b> [Redacted]	
<b>27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE</b> Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		<b>28. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE</b> Calle [Redacted] 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] Centro [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] Colonia [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] Iguala [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]		<b>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. I LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2





822

Nº 1054

Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Noviembre del 2018.

Se autoriza al C. Rodolfo Rueda Sebastian con domicilio Carrilero Pedro Iguala - Chilaranga Km 12.7+200 tel. no. 733 418 4838 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se comprometerá a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

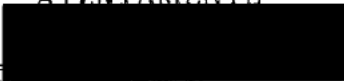
Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



RECIBO

ATENTAMENTE



A REPUBLICA  
VESTIGACION  
EL CASO

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



**DIRECCION DE PANTEONES**

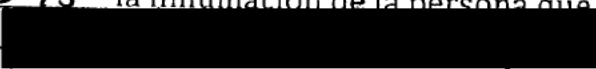
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

2018 - 2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 25 del mes Noviembre del 2018.

Se autoriza al C. Hellen Q. Rueda Mazda con domicilio Av. Bandera Nacional No. 48 tel. no. 33 265 95 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en éstas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



LA REPUBLICA  
INVESTIGA  
A EL CASO  
PA



DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 02 de Diciembre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	28/11/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	30/11/2018	[REDACTED]
[REDACTED]	02/12/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		

SEMANA DEL 26 AL 02 DE Diciembre

MEMORIA  
DE INVESTIGACIÓN  
ANTE EL CASO  
NARA

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE  
PANTEONES  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
Recibio \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

825

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Horas [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Meses [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted] Especifique [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Andador [Redacted] Colonia [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior [Redacted] Interior [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted]		10.5 Tipo de asentamiento humano Iguala		10.6 Nombre del asentamiento humano Iguala de la Independencia	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. ¿OCURRIÓ? [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		12.1 Trabajaba: SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]		13.2 Nombre de la vialidad [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] Colonia [Redacted]		15.1 Tipo de vialidad Calle		15.2 Nombre de la vialidad Centro	
15.3 Núm. Exterior [Redacted] Interior [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted]		15.5 Tipo de asentamiento humano Iguala		15.6 Nombre del asentamiento humano Iguala de la Independencia	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón: Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 64 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22.3 ¿En qué lugar ocurrió la lesión? Área particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. P. FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO LEGISTA [Redacted]		27. NOMBRE [Redacted]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle [Redacted] Colonia Centro 410000 Iguala de la Independencia		29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]	
31. Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2	



REGISTRO CIVIL

AL FIAN DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO

826



OFICIALIA [REDACTED] FECHA DE REGISTRO [REDACTED]

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 15:00

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

SUBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] ENTRE IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJA

DOMICILIO: [REDACTED] A. GRO. OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] A-IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA [REDACTED] ELLOS INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU [REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

FIRMA



MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Guerrero

5. CURP: [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No  2, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Se ignora  9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre  1, Separado(a)  6, Viudo(a)  2, Casado(a)  5, Divorciado(a)  3, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted], Colonia [Redacted], Localidad [Redacted], Municipio o delegación [Redacted], Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Guerrero

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  8, Se ignora  99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, IMSS PROSPERA  2, ISSSTE  4, SEDENA  6, Otra unidad pública  8, Unidad médica privada  9

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Avenida [Redacted], Colonia [Redacted], Localidad [Redacted], Municipio o delegación [Redacted], Entidad federativa Guerrero

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) [Redacted]	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	24 hrs	Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) [Redacted]		5 días	
	c) [Redacted]		3 meses	
	d) [Redacted]			

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especificue si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, El parto  2, El puerperio  3, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  4

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1, No  2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí  1, No  2, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra)  6, Área deportiva  3, Calle o carretera (vía pública)  4, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Área comercial o de servicio  5, Escuela u oficina pública  2, Granja (rancho o parcela)  7, Otro  8, Se ignora  9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted]

22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted]

22.7.4 Núm. Interior [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted]

22.7.8 Localidad [Redacted]

22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]

22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

24. PARIENTE (A) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5, Otro  8

27. NOMBRE: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: Avenida [Redacted], Centro, Localidad [Redacted], Municipio o delegación [Redacted], Entidad federativa Guerrero

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO CIVIL: Núm. [Redacted], Libro N.º [Redacted], Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Localidad [Redacted], Municipio o delegación [Redacted], Entidad federativa Guerrero

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

• { 2018 }

REPUBLICA  
ESTADACION  
EL CASO

" DICIEMBRE "



**IGUALA**  
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

879 t

**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

2018-2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 2 del mes DICIEMBRE del 2018.

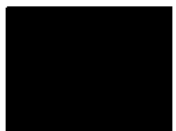
Se autoriza al C. FUNEARIA "CRISTO REY" con domicilio ALDANA #26 COL. CENTRO tel. no. 33 23540 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de DR. [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



LA REPUBLICA  
INVESTIGACION  
CIVIL  
CASA

ATENTAMENTE



C. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**

**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Nat 1  
17-12-18.

Iguala de la Independencia, Gro., a 09 de Diciembre 2018.

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. habo		
Inhumaciones		

SEMANA DEL 03 AL 09 DE Diciembre

ALABRICA  
MOTIVACIÓN  
DEL CASO  
DA

ATENTAMENTE

[Redacted]  
ADMINISTRADOR

Nat:  
17-Dic-2018

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 16 de Diciembre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	16/12/2018	[REDACTED]

SEMANA DEL 10 AL 16 DE Diciembre  
A REPÚBLICA  
VERACRUZ  
EL CASO  
A

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 16 del mes Diciembre del 2018.

Se autoriza al C. Hellen Quirón Ruveda Mazón con domicilio Av. Bandera Nacional 40 Col. Centro tel. no. 33 26595 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

A REPUBLICA  
/ ESTIGACION  
EL CASO

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
[REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 23 de Diciembre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[REDACTED]  
19/12/2018  
[REDACTED]

[REDACTED]  
22/12/2018  
[REDACTED]

SEMANA DEL 17 AL 23 DE Diciembre

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
ADMINISTRADOR

*Recibi Original*  
*03/01/19*

Iguala Gro, a 19 de diciembre de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada), para la inhumación del cuerpo de la persona quien en vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal.

ATENTAMENTE,

[REDACTED]  
AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
INSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
18 - 2021  
ENCARGADO DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

LA REPUBLICA  
INVESTIGACIÓN  
A EL CASO  
PA



835

Iguala Gro, a 19 de diciembre de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] a condonación del pago de Apertura de fosa para la inhumación del cuerpo de la persona quien vida llevo el nombre de: [REDACTED] en la primera Ampliación del Panteón Municipal, (fosa x temporalidad).

ATENTAMENTE

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
MUNICIPAL DE IGUALA. GRO.  
DIRECCIÓN DE  
PANTEONES  
8 - 2021  
JUNTOS HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA  
DIRECCIÓN DE PANTEONES

PROCURADURÍA  
ART. PÚBLICA  
INVESTIGACIÓN  
DEL CASO  
PA



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

836

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b>		<b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> Guerrero	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
<b>5. CURP</b>		<b>8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</b>		<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Sotero(a) <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>6. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos		<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Colonia 10.1 Tipo de vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 11.2 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		<b>13.1 Número de seguridad social o afiliación:</b> Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Calle Colonia 15.1 Tipo de vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa		<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) b) c) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (como consecuencia de)		<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CIE 24 Hrs 10 Años		<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE MADRUGADA</b> El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input checked="" type="radio"/> 2 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</b> Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		<b>22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)</b>	
<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b>		<b>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b>		<b>22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b> 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
<b>23. NOMBRE</b>		<b>24. PAIS</b>		<b>24. PAIS (LA) FALLECIDO(A)</b>	
<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6		<b>26. SI EL DEFUNTO</b>		<b>28. FIRMA</b>	
<b>27. NOMBRE</b>		<b>29. DOMICILIO Y TELÉFONO</b> Calle Colonia 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		<b>30. FECHA DE REGISTRO</b> Día Mes Año	
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b> Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b> 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año			

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art. 113  
 Fracc. V, VII Fracc. I  
 LFTAIP LFTAIP  
 Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

037



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: CALLE ADOLFO LOPEZ MATEOS NO. 1 COLONIA EJIDAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO

LUGAR: HOGAR HORA: 08:00

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] AMPLIACION: [REDACTED] MUNICIPAL: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] COLONIA: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO. ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] ANCHO DEL CURA.

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] EJIDAL, IGUALA, GRO. PARENTESCO: HIJO OCUPACION: AGRICULTOR

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: NINGUNO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: NINGUNO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2013 - 2021

Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2



e38

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 30 de Diciembre 2018.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	27/12/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		
[REDACTED]	28/12/2018	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		

SEMANA DEL 24 AL 30 DE Diciembre

LA REPÚBLICA  
INVESTIGACIÓN  
A EL CASO  
IPA ATENTAMENTE

[REDACTED]  
ADMINISTRADOR

*Recibido Dirección  
19. A  
03/*





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

840



ESTADO: IGUALA      FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA      LOCALIDAD: IGUALA

ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]      SEXO: HOMBRE  MUJER

NOMBRE(S): [REDACTED]      (PRIMER APELLIDO) [REDACTED]      (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]      EDAD: [REDACTED]      NACIONALIDAD: MEXICANA

AÑOS MESES DIAS HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]      HUITZUCO DE LOS FIGUEROA      GUERRERO      MEXICO

(LOCALIDAD)      (MUNICIPIO)      (ENTIDAD FEDERATIVA)      (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]      ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

[REDACTED]      IGUALA DE LA INDEPENDENCIA      GUERRERO      MEXICO

(LOCALIDAD)      (MUNICIPIO)      (ENTIDAD FEDERATIVA)      (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]      NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]      NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]      NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]      HORA: 18:15

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD      CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]      ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GRO.

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [REDACTED]

B) B) [REDACTED]

C) C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GRO.

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]      EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA      PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] ALOMAS, IGUALA, GRO.      OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] CRUZ      EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA      PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] ZAPATERO, IGUALA, GRO.      OCUPACION: ENFERMERA

NOMBRE: [REDACTED]      EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA      PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] PALA, GRO.      OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]      [REDACTED]      [REDACTED]

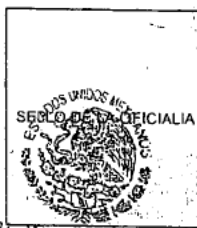
TESTIGO      DECLARANTE      TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [REDACTED]

[REDACTED]

FIRMA



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 01 DEL  
REGISTRO CIVIL

Art. 110  
Fracc. V, VII

LFTAIP  
Motivación 2

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Medios 2017.1  
FOLIO

842

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN  
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO(A)</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b>
5. CURP _____	6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 En ignora <input type="radio"/> 9
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años Completos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Viudo(a) <input type="radio"/> 3 Casado(a) <input type="radio"/> 4 Divorcado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Anexo al domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): <b>CALLE _____</b> 10.1 Tipo de vivienda _____ <b>COLONIA _____</b> 10.2 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ <b>IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO</b> 10.6 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria <input type="radio"/> 3 Superior <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 6 Pasado(a) <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 IMSS <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 5 ISSSTE <input type="radio"/> 6 SEDENA <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <b>INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</b> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Tipo de habitación _____ 14.3 Hogar <input type="radio"/> 10 Otro <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ <b>AVENIDA _____</b> 15.2 Nombre de la vivienda _____ <b>COLONIA _____</b> 15.3 Tipo de asentamiento humano _____ <b>COYOACÁN</b> 15.4 Núm. Exterior _____ 15.6 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ <b>INSURGENTES CHICUILCO</b> 15.8 Nombre del asentamiento humano _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Fecha: _____ Hora: <b>11:75</b> Minuto: <b>09</b> 16.1 Día _____ 16.2 Mes _____ 16.3 Año _____
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
<b>DEL LA DEFUNCIÓN</b>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. En el señale modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, estrope, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: _____ PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: _____ 19.1 Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <b>6 DIAS</b> 19.2 Código CIE _____ 19.3 Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <b>6 DIAS</b> 19.4 Código CIE _____ 19.5 Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <b>1 MES</b> 19.6 Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS 21.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas consideran el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas consideran el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 1 Área residencial (manejo o parcela) <input type="radio"/> 2 Granja <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el Acta de Defunción <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o actividad en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <b>TIAGACIÓN</b>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.7.1 Tipo de vivienda _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
<b>DEL CERTIFICANTE</b>	
23. NOMBRE _____ 23.1 Nombre _____ 23.2 Apellido _____	24. RAZÓN DONDE FUE EL(LA) FALLECIDO(A) _____
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique: _____ 26.1 Nombre _____ 26.2 Puesto _____
27. NOMBRE _____ 27.1 Nombre _____ 27.2 Apellido _____	28. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>AVENIDA _____</b> 28.1 Tipo de vivienda _____ <b>COLONIA _____</b> 28.2 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.3 Tipo de asentamiento humano _____ <b>COYOACÁN</b> 28.5 Localidad _____ <b>CIUDAD DE MEXICO</b> 28.6 Municipio o delegación _____ 28.7 Entidad federativa _____ 28.8 Teléfono _____
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>AVENIDA _____</b> 29.1 Tipo de vivienda _____ <b>COLONIA _____</b> 29.2 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.3 Tipo de asentamiento humano _____ <b>COYOACÁN</b> 29.5 Localidad _____ <b>CIUDAD DE MEXICO</b> 29.6 Municipio o delegación _____ 29.7 Entidad federativa _____ 29.8 Teléfono _____	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
<b>DEL REG. CIVIL</b>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acte Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

842



ESTADO: COAHUILA DE ZARAGOZA  
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA  
LOCALIDAD: IGUALA  
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: CALLE LOS CAJILES NO.12 COLONIA LOS TAMARINDOS 1A. ETAPA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO  
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 17:50

LUGAR: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] UICUILCO, COYOACAN, CDMX.

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: MADRE

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GRO. OCUPACION: AMA DE CASA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GRO. OCUPACION: ENFERMERA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGNA

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
COAHUILA 01 DEL

Art. 119  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERESADO

Art. 119  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 2

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION

• €2019€

• "ENERO"

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 06 de enero 2019

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	03/01/2019	[REDACTED]



LA REPUBLICA  
DE INVESTIGACIÓN

SEMANA DEL 31 DE enero AL CASO DE enero



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
**DIRECCIÓN DE PANTEONES**  
2018 - 2021

ATENTAMENTE

**IGUALA**  
DE LA INDEPENDENCIA  
2018-2021  
TODOS JUNTOS  
HAREMOS HISTORIA

**RECIBIDO**

Fecha 03/01/19 Hora 11:00

Recibido [REDACTED] ADMINISTRADOR

895

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] TELOLOAPAN GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 06:20

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: CALLE EMATAMERO NO. 40 COL. MARCELO OCAÑO, IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADA

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: AV. BANDER NACIONAL NO. 48-B CENTRO, IGUALA, GRO. OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

LA REPUBLICA  
INVESTIGACION  
RA EL CASO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN LO QUE FIRMAN Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED] FIRMA SELLO DE LA OFICIALIA

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

846

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Oaxaca, San Guerrero	
2. [Redacted]		5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Iguuala 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Iguuala 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 minutos		Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]		27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
28. FIRMADO [Redacted]		29. DOMICILIO y TELÉFONO. Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Iguuala 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		33. [Redacted]	

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1
Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

NOTA: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 13 de enero 2019

**C. JORGE ORTIZ CONTRERAS**  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>11/01/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	<u>11/01/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		
[REDACTED]	<u>12/01/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]		

LA REPUBLICA  
INVESTIGACIÓN  
DEL CASO

SEMANA DEL 07 AL 13 DE enero

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario de certificado de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL INF., DEL CERTIFICANTE, DEL REG. CIVIL. Incluye datos personales, causas de defunción, lugar y fecha de registro.

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

879



OFICIALIA		FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA			ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
FINADO			
NOMBRE:	NOMBRE(S)		SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
LUGAR DE NACIMIENTO:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	CALLE JALISCO 15 COLONIA RUFFO FIGUEROA	ESTADO CIVIL:	MEXICO
NOMBRE DEL CONYUGE:	IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO	MEXICO
NOMBRE DEL PADRE:		NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE:		NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:	03:00
LUGAR: HOGAR		CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:		MUNICIPAL
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	IGUALA, GUERRERO		
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:	RANCHO DEL CURA, IGUALA, GUERRERO.		
DECLARANTE			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	HERMANA
DOMICILIO:	LA, GUERRERO	OCUPACION:	AMA DE CASA
TESTIGOS			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO:	CENTRO, IGUALA, GUERRERO	OCUPACION:	EMPLEADO
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	NINGUNO
DOMICILIO:		OCUPACION:	EMPLEADO
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES			
PRESENTO REQUISITOS.			

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_

DECLARANTE

TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA



850

### ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCION EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

#### ACTA DE DEFUNCION

OFICIALIA	LIBRO	ACTA	CRIP	CURP	FECHA DE REGISTRO
LOCALIDAD			MUNICIPIO O DELEGACION		ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA			IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		GUERRERO
NOMBRE: [REDACTED] <b>DATOS DEL FINADO</b>					
SEXO: MASCULINO X FEMENINO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
EDAD: [REDACTED]		ESTADO CIVIL: [REDACTED]		NACIONALIDAD: MEXICANA	
LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA LOCALIDAD		IGUALA DE LA INDEPENDENCIA MUNICIPIO		GUERRERO ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO PAIS	
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]					
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]					
NACIONALIDAD: MEXICANA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] CURP: [REDACTED]					
NACIONALIDAD: MEXICANA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO (FINADA)	
CURP: [REDACTED]					

<b>DATOS DEL FALLECIMIENTO</b>					
FECHA Y HORA DE DEFUNCION: [REDACTED] 12:00		LUGAR: [REDACTED]			
No. DE CERTIFICADO: [REDACTED]		DESTINO DEL CADAVER: X INHUMACION		IMSS CREMACION	
NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED] ERA AMPLIACION					
LUGAR DEL FALLECIMIENTO: [REDACTED] PROGRESO, ACAPULCO DE JAUREZ GUERRERO					
CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED] DIABETES MELITUS TIPO II					
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]					
No. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]					

<b>DATOS DEL COMPARECIENTE</b>					
NOMBRE: [REDACTED]		PARENTESCO: [REDACTED]			
NACIONALIDAD: MEXICANA		EDAD: [REDACTED]			
OBSERVACIONES O ANOTACIONES REGISTRADAS: [REDACTED]					

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 302 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN IGUALA DE LA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO A LOS 17 DIAS DEL MES ENERO DEL 2019, DOY FE

LIC. [REDACTED]  
COTEJO, ETS

SELLO





# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

851

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)** [Redacted]

**2. FECHA DE NACIMIENTO** [Redacted] **3. SEXO** Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9 **4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** GUERRERO

**5. CURP** [Redacted] **6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** SI 1 No 2 Se ignora 9 **7. NACIONALIDAD** Mexicana 1 Se ignora 9

**8. EDAD CUMPLIDA** Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora 9

**9. ESTADO CONYUGAL** En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Vido(a) 2 Casado(a) 5 Soltero(a) 3 Se ignora 9

**10. RESIDENCIA HABITUAL** Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) **CALLE COLONIA** **10.1** Tipo de vialidad **10.2** Nombre de la vialidad [Redacted]

**10.3** Núm. Exterior [Redacted] **10.4** Núm. Interior [Redacted] **10.5** Tipo de asentamiento humano **10.6** Nombre del asentamiento humano **IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO**

**10.7** Código Postal [Redacted] **10.8** Localidad [Redacted] **10.9** Municipio o delegación [Redacted] **10.10** Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

**11. ESCOLARIDAD** Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99 **11.1** La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2 **11.2** Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

**12.1** Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9 **12.2** Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

**13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica pública 8 Otra unidad médica privada 9 **14.1** Nombre de la unidad médica [Redacted] **14.2** Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] **14.3** Tipo de vialidad **14.4** Nombre de la vialidad [Redacted] **14.5** Tipo de asentamiento humano **14.6** Nombre del asentamiento humano **14.7** Municipio o delegación **14.8** Entidad federativa

**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** **AVENIDA COLONIA** **15.1** Tipo de vialidad **15.2** Nombre de la vialidad [Redacted] **15.3** Núm. Exterior [Redacted] **15.4** Núm. Interior [Redacted] **15.5** Tipo de asentamiento humano **15.6** Nombre del asentamiento humano **ACAPULCO ACAPULCO DE JUAREZ GUERRERO** **15.7** Código Postal [Redacted] **15.8** Localidad [Redacted] **15.9** Municipio o delegación [Redacted] **15.10** Entidad federativa [Redacted]

**16.1** Día [Redacted] **16.2** Mes [Redacted] **16.3** Año [Redacted] **16.4** Horas [Redacted] **16.5** Minutos [Redacted] **17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** SI 1 No 2 Se ignora 9 **18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** SI 1 No 2

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.)

**PARTE I** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)

b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)

c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)

d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)

**CAUSAS ANTECEDENTES** Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

**PARTE II** Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

**ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 5**

**20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** Código CIE [Redacted]

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS** **21.1** Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 4 5 **21.2** ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2 **21.3** ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE** **22.1** Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9 **22.2** ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9 **22.3** Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9 **22.4** Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) [Redacted]

**22.5** La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] **22.6** Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

**22.7** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio **22.7.1** Tipo de vialidad **22.7.2** Nombre de la vialidad [Redacted] **22.7.3** Núm. Exterior [Redacted] **22.7.4** Núm. Interior [Redacted] **22.7.5** Tipo de asentamiento humano **22.7.6** Nombre del asentamiento humano **22.7.7** Código Postal [Redacted] **22.7.8** Localidad [Redacted] **22.7.9** Municipio o delegación [Redacted] **22.7.10** Entidad federativa [Redacted]

**23. NOMBRE** [Redacted] **24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)** [Redacted]

**25. CERTIFICADA POR** Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico\* 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil\* 5 Otro\* 8 **26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO** [Redacted] **27. NOMBRE** [Redacted] **28. FIRMA** [Redacted]

**29. DOMICILIO y TELÉFONO** **AVENIDA** **29.1** Tipo de vialidad **29.2** Nombre de la vialidad [Redacted] **29.3** Núm. Exterior [Redacted] **29.4** Núm. Interior [Redacted] **29.5** Tipo de asentamiento humano **29.6** Nombre del asentamiento humano **ACAPULCO ACAPULCO DE JUAREZ GUERRERO** **29.7** Código Postal [Redacted] **29.8** Localidad [Redacted] **29.9** Municipio o delegación [Redacted] **29.10** Entidad federativa [Redacted] **29.11** Teléfono [Redacted]

**30. FECHA DE CERTIFICACIÓN** [Redacted]

**31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA** **32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO** **32.1** Localidad [Redacted]

Art. 110  
Fracc. VII  
L. TAD  
Motivación 1

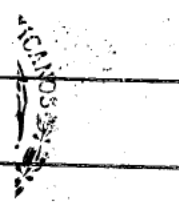
Art. 119  
Motivación 2

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 20 de Enero 2019

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No. hubo		
Inhumaciones		



REPUBLICA  
INVESTIGACIÓN  
EL CASO

SEMANA DEL 14 AL 20 DE Enero

ATENTAMENTE

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
2018 - 2021  
**RECIBIDO**  
Fecha: [Redacted]  
Recibo: [Redacted]



853

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 27 de enero 2019

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	26/01/2019	[Redacted]
		"F. D' DIOS"



SEMANA DEL 21 AL 27 DE enero

DE LA REPÚBLICA  
DE INVESTIGACIÓN  
ARQUEOLÓGICA

ATENTAMENTE

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha 28 de enero de 2019

Recibido [Redacted]





# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

854

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. [Redacted]		3. SEXO Nombre <input type="radio"/> 1 / Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 / Se ignora <input type="radio"/> 3		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Tlaxcala	
5. EDAD CUMPLIDA		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. ESTADO CONYUGAL	
9.1 Folio del Certificado de Nacimiento		9.2 Semanas de gestación		9.3 Peso (gramos)		9.4 Estado conyugal	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de localidad		10.2 Nombre de la localidad		10.3 Nombre del asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12.1 Trabajaba		12.2 Ocupación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de localidad		15.2 Nombre de la localidad		15.3 Nombre del asentamiento humano	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas concuerdan con el embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas concuerdan con el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL		22.1 Fue un presunto		22.2 Sitio donde ocurrió la lesión		22.3 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
23. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		24. DOMICILIO Y TELÉFONO		25. CERTIFICADA POR		26. FIRMAS	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33.1 Acta Núm.		33.2 Municipio o delegación	

F

SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

855

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**  
**REGISTRO CIVIL**

**ACTA DE DEFUNCION**  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA (SEGUNDO APELLIDO)

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA (NOMBRE) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 06:48

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] INTRO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [REDACTED]  
B) B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] NIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJO

DOMICILIO: [REDACTED] ET PAVON OCUPACION: COMERCIANTE

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO [REDACTED]

**REPUBLICA**  
**INVESTIGACION**

[REDACTED] FIRMAS  
DECLARANTE TESTIGO

SE DIJO EN TULLAH PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN [REDACTED] PRESENTE Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL: [REDACTED] FIRMA [REDACTED] ESTADO DE LA OFICIALIA [REDACTED]

INTERESADO

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2



**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de Febrero 2019

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	31/01/2019	[Redacted]

SEMANA DEL 28 AL 03 DE Febrero  
A REPÚBLICA  
VEGETACIÓN  
EL CASO  
A

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
**DIRECCIÓN DE PANTEONES**  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha 03/02/19 Hora 11:35  
Recibo [Signature]



# PANTEON MUNICIPAL

# PRIMERA

• AMPLIACION



• € 20193

A REPUBLICA  
VEGETACION  
EL CASO  
A

"FEBRERO"

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**

**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de Febrero 2019

Nat y  
18-02-2019

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
No hubo		
Inhumaciones		

LA REPÚBLICA  
INVESTIGACIÓN  
SEMANA DEL 04 AL 10 DE Febrero  
IA

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

18-02-2019  
Nat x

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de Febrero 2019.

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	14/02/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	15/02/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	16/02/2019	[REDACTED]
[REDACTED]	17/02/2019	[REDACTED]

SEMANA DEL 11 AL 17 DE Febrero  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
JAPA

ATENTAMENTE

[REDACTED]  
ADMINISTRADOR

STANLY COUNTY OFFICE OF REGISTER OF DEEDS

862

NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
N.C. VITAL RECORDS  
CERTIFICATE OF DEATH

REGISTRATION DISTRICT NO. [REDACTED] LOCAL NO. [REDACTED] COUNTY OF DEATH Stanly STATE FILE NO. [REDACTED]

1. FIRST NAME: [REDACTED] 1C. MIDDLE: [REDACTED] 1E. LAST: [REDACTED] 1F. SUFFIX: [REDACTED] 1G. LAST NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE: [REDACTED]

2. SEX: [REDACTED] 3. AGE: [REDACTED] 4. UNDER 1 YEAR: [REDACTED] 5. UNDER 1 DAY: [REDACTED] 6. DATE OF BIRTH (Month/Day/Year): [REDACTED] 7. BIRTHPLACE (Country/State or Foreign Country): Mexico 8. DATE OF DEATH (Month/Day/Year): [REDACTED]

9. PLACE OF DEATH (Specify only if death occurred in a hospital, hospice, or other health care facility): [REDACTED] 10. IF DEATH OCCURRED SOMEWHERE OTHER THAN A HOSPITAL, HOSPICE, OR OTHER HEALTH CARE FACILITY, CHECK THE "Other (Specify)" box: in a vehicle

11. SOCIAL SECURITY NUMBER: [REDACTED] 12. RESIDENCE (City/Town/Village): [REDACTED] 13. COUNTY: [REDACTED] 14. ZIP CODE: [REDACTED]

15. SURVIVING SPOUSE (live name prior to first marriage): [REDACTED] 16. DECEDENT'S USUAL OCCUPATION (Do not use retired): Construction 17. KIND OF BUSINESS/INDUSTRY: Construction

18. DECEDENT'S EDUCATION (Check the box that best describes the highest degree or level of school completed at the time of death):  
 8th grade or less  
 9th-11th grade, no diploma  
 High school graduate or GED completed  
 Some college credit, but no degree  
 Associate degree (e.g., AA, AS)  
 Bachelor's degree (e.g., BA, BS, BSE)  
 Master's degree (e.g., MA, MS, MEd, MEng, MHA, MBA)  
 Doctorate (e.g., PhD, EdD, DVM, DLS, JD)

19. DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? (Check the box that best describes whether the decedent is Spanish/Hispanic/Latino. Check the "Yes" box if decedent is not Spanish/Hispanic/Latino.)  
 Yes, Mexican, Mexican American, Chicano  
 Yes, Puerto Rican  
 Yes, Cuban  
 Yes, other Spanish/Hispanic/Latino (Specify): [REDACTED]

20. DECEDENT'S RACE (Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be):  
 White  
 Black or African American  
 American Indian or Alaska Native (Name of the enrolled or principal tribe)  
 Asian Indian  
 Chinese  
 Filipino  
 Japanese  
 Korean  
 Vietnamese  
 Native Hawaiian  
 Guamanian or Chamorro (principal tribe)  
 Samoan  
 Other Pacific Islander (Specify): [REDACTED]  
 Other (Specify): Mexican

21. RELATIONSHIP TO DECEDENT: [REDACTED] 22. PLACE OF THIS RECORD: [REDACTED]

23. ADDRESS OF FUNERAL HOME: [REDACTED] 24. PLACE OF DEATH: [REDACTED]

25. IMMEDIATE CAUSE (What disease or injury resulted in death? Specify the immediate cause, and if any, specify the underlying cause(s) if any, leading to the immediate cause, and the proximate cause(s) (please specify the interval between proximate causes if any):  
 a. [REDACTED]  
 b. Due to (or as a consequence of) [REDACTED]  
 c. Due to (or as a consequence of) [REDACTED]

26. MANNER OF DEATH:  Natural  Homicide  Suicide  Unknown  Injury (Specify)  Suffocation (Specify)  Drowning  Poisoning  Other (Specify)

27. TIME OF DEATH (Approximate): [REDACTED] 28. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?  No  Probably  Unknown

29. IF FEMALE:  Pregnant at time of death  Not pregnant within past year  Not pregnant, but pregnant within 42 days of death  Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death  Unknown if pregnant within the past year

30. DATE REFERRED TO: [REDACTED] 31. TIME OF REFERENCE: [REDACTED] 32. ROOM AT WORK: [REDACTED] 33. PLACE OF INJURY (at home, farm, school, hobby, club, building, etc.): [REDACTED] 34. IF TRANSPORTATION INJURY SPECIFY:  Driver/Operator  Passenger  Pedestrian  Other (Specify): [REDACTED]

35. CERTIFYING PHYSICIAN (Name, profession/physician's assistant - To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated. Medical examiner - On the basis of observation, and/or investigation, in my opinion death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated.)  
 36. LICENSE NUMBER: [REDACTED] 37. DATE REGISTERED BY BIRTH: [REDACTED]

38. DATE: [REDACTED] 39. DATE AMENDED (Month/Year): [REDACTED] 40. ITEM(S) CORRECTED: [REDACTED] 41. ITEM(S) ADDED: [REDACTED]

Volume [REDACTED] Page [REDACTED]

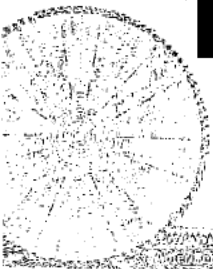
This is to certify that this is a true and correct reproduction or abstract of the official record filed in this office.

Witness my hand and official seal this the 4th day of February 2019

Register of Deeds  
Stanly County  
By: [REDACTED]  
Deputy Assistant Register of Deeds

DHHS 3914 (REVISED 8/15) NC VITAL RECORDS

Any alteration or erasure voids this certificate. Do not accept unless on security paper with Register of Deeds seal clearly embossed in left corner.





Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte  
NC Registros Vitales  
Certificado de Defunción

862

AL DE MEXICO  
MA DEL MEXICO

No. de Registro del Difunto		No. Local		Condado de defunción		No. de Archivo del Estado	
Nombre Legal del Difunto:							
1a. Primer		1b. Segundo		1c. Apellido		1d. Sufijo	
1e. Apellido de Soltera		2. Sexo		3a. Edad		3b. Menor de un año	
3c. Menor de un día		4. Fecha de Nacimiento		5. Lugar de Nacimiento		6. Fecha del Deceso	
3d. Horas		3e. Minutos		(Mes/Día/Año)		(Mes/Día/Año)	
Lugar de Fallecimiento (Marque sólo uno)							
7a. Si falleció en el hospital				7b. Si falleció en algún lugar que no sea el hospital			
<input type="checkbox"/> Paciente ( ) Emergencia-No Era Paciente				<input type="checkbox"/> Hospicio ( ) Casa de reposo ( ) Residencia (x) Otro-Especificar: In a vehicle			
<input checked="" type="checkbox"/> Falleció a su llegada							
7c. Nombre de la institución (Si no es institución, Calle y Número)				7d. Ciudad o Poblado		7e. Condado donde falleció	
20269 Jacob Road							
8. Estado Civil				9. Nombre del Conyuge Sobreviviente (Si es esposa, proporcionar nombre de soltera)		10a. Ocupación del Finado	
<input type="checkbox"/> Casado ( ) Casado pero separado ( ) Viudo						Construction	
<input type="checkbox"/> Divorciado (x) Nunca se caso ( ) Desconocido						Construction	
11. No. de Seguro Social		12a. Domicilio-Estado o País		12b. Condado		12c. Ciudad o Poblado	
12d. Domicilio (Calle y Número)				12e. Dentro de los límites de la ciudad		12f. Código Postal	
1523 M				<input checked="" type="checkbox"/> Si ( ) No			
14. Educación del Finado (marca el que mejor describe el grado más alto o nivel de colegio terminado a la hora de fallecer)				15. Finado era de origen hispano?		16. Origen Racial (marca la raza para indicar lo que el finado se consideraba ser)	
<input checked="" type="checkbox"/> 8 grado o menos				<input type="checkbox"/> No, no es		<input type="checkbox"/> Blanco ( ) Otro Asiático-(Especificar)	
<input type="checkbox"/> 9-12 grado; no diploma				<input type="checkbox"/> Español/Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o GED terminado				<input type="checkbox"/> No, no es		<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Algunos créditos de universidad, pero ningún grado				<input checked="" type="checkbox"/> Si, Mexicano, MexiAmericano, Chicano		<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano de Guamen o Chamorro	
<input type="checkbox"/> Diploma de asociado				<input type="checkbox"/> Si, Puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Japones ( ) Samoano	
<input type="checkbox"/> Licenciatura				<input type="checkbox"/> Si, Cubano		<input type="checkbox"/> Chino ( ) Coreano ( ) Otro Isleño del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Maestría				<input type="checkbox"/> Si, otro tipo de		<input type="checkbox"/> (Especificar)	
<input type="checkbox"/> Doctorado o título profesional				<input type="checkbox"/> Español/Hispano/Latino-Especificar		<input checked="" type="checkbox"/> Otro-(Especificar): Mexican	
17. Nombre de el Padre (Primer, Segundo, Apellido)				18. Nombre de la Madre (Primer, Segundo, Apellido)			
19a. Nombre del Informante		19b. Relación con el finado		19c. Dirección de envío (Calle y Número, Ciudad, Estado, Código postal)			
20a. Método		20b. Lugar (Nombre del Cementerio, Crematorio, Etc)		20c. Ubicación (Localidad o Ciudad y Estado)			
<input checked="" type="checkbox"/> Entierro ( ) Cremación ( ) Donación				Iguala de la Independencia, Mx			
<input type="checkbox"/> Retiro del Estado ( ) Otro-Especificar							
21a. Firma del Director de la funeraria		21b. No. de Licencia		21c. Nombre del Embalsamador		21d. No. de Licencia	
22. Nombre y Dirección de la funeraria							
Serenity Funeral Home & Cremations 1024 Homeland Avenue, Greensboro, North Carolina 27405							
23. Parte I. Anotar las enfermedades, lesiones o complicaciones causa del deceso. No anotar la modalidad tal como paro cardíaco, paro respiratorio, en su caso anotar cigarro, alcohol o drogas. Anotar una causa por espacio.						Tiempo aproximado entre el comienzo y el deceso.	
Causa Inmediata							
(Enfermedad o condición que provocó la muerte) Coronary Artery Atherosclerosis							
Debido a (o consecuencia de)							
Enlistar las secuencia de las enfermedades (si hubo) que provocaron la causa inmediata							
Debido a (o consecuencia de)							
Anotar causa fundamental (enfermedad o lesión que dio inicio a los sucesos que llevaron a la muerte)							
Debido a (o consecuencia de)							
Part II. Otras causas significativas que contribuyeron a la muerte pero que no provocaron la causa fundamental indicada en la parte I, como tabaco, alcohol o uso de drogas, diabetes, etc.						24a. Autopsia	
						<input checked="" type="checkbox"/> Si ( ) No	
24b. Los resultados de la autopsia estaban disponibles para determinar la causa de muerte? (x) Si ( ) No							
25. Forma de Muerte		26a. Se refirió al Médico Forense		27. Hora de Muerte (Aproximada):		29. Si es mujer:	
<input checked="" type="checkbox"/> Natural ( ) Homicidio		<input checked="" type="checkbox"/> Si ( ) No		1912		<input type="checkbox"/> embarazada en el momento de la muerte	
<input type="checkbox"/> Accidente ( ) Pendiente		<input checked="" type="checkbox"/> Rechazado por el Médico Forense				<input type="checkbox"/> no embarazo entre el último año	
<input type="checkbox"/> Suicidio ( ) No puede ser determinado						<input type="checkbox"/> no embarazo, pero embarazada entre los 42 días antes de la muerte	
						<input type="checkbox"/> no embarazo, pero embarazada entre los 43 días a un año antes de muerte	
						<input type="checkbox"/> se desconoce si está embarazada en el último año	
30. Fecha Pronunciado		31a. Fecha de la lesión		31b. Hora de la lesión		31c. Lesión en el trabajo?	
(Mes, Día, Año)		(Mes, Día, Año)				SI (x) No ( )	
31f. Describir cómo ocurrió la lesión		31d. Lugar donde ocurrió la lesión-casa, granja, calle, fábrica, oficina, edificio, etc.		31e. Si la lesión fue en un vehículo-Especificar			
		Outside		<input type="checkbox"/> Conductor/Operador			
		31g. Ubicación de la lesión		<input type="checkbox"/> Pasajero			
				<input type="checkbox"/> Peatón			
				<input type="checkbox"/> Otro (Especificar)			
32. Quien Certifica (Marcar sólo uno)							
<input type="checkbox"/> Médico/Enfermero/ Médico Asistente certifica que la muerte se produjo a la hora, fecha, lugar, debido a la causa(s) y de manera afirmada.							
<input type="checkbox"/> Médico Forense en base a la revisión médica y/o investigación, es mi opinión que la muerte ocurrió a la hora, fecha, lugar, debido a la causa(s) y de manera afirmada.							
33a. Firma y título de quien Certifica				33b. No de licencia		33c. Fecha de Firma (Mes, Día, Año)	
33d. Nombre y dirección de quien Certifica (Legible)				36. Día registrado por el estado			
34. Para registro Local (Nombre)		35. Fecha de registro (Mes, Día, Año)					
G David Jenkins we							
Fecha Corregida (Mes, Día, Año)		Datos Corregidos:					
Fecha de Modificación (Mes, Día, Año)		Datos Corregidos:					

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

863 863

# STATE OF NORTH CAROLINA



## Department of The Secretary of State

### APOSTILLE (Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

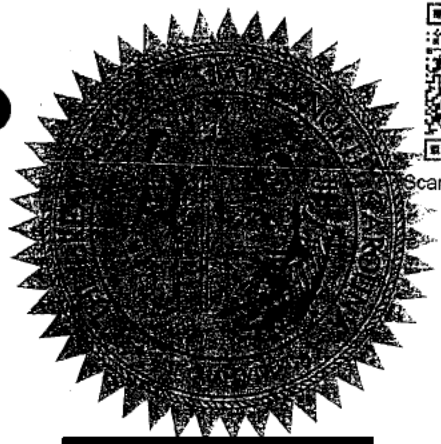
- 1. COUNTRY: UNITED STATES OF AMERICA
- 2. This Public Document has been signed by \_\_\_\_\_
- 3. acting in the capacity of \_\_\_\_\_
- 4. bears the seal/stamp of \_\_\_\_\_

CERTIFIED

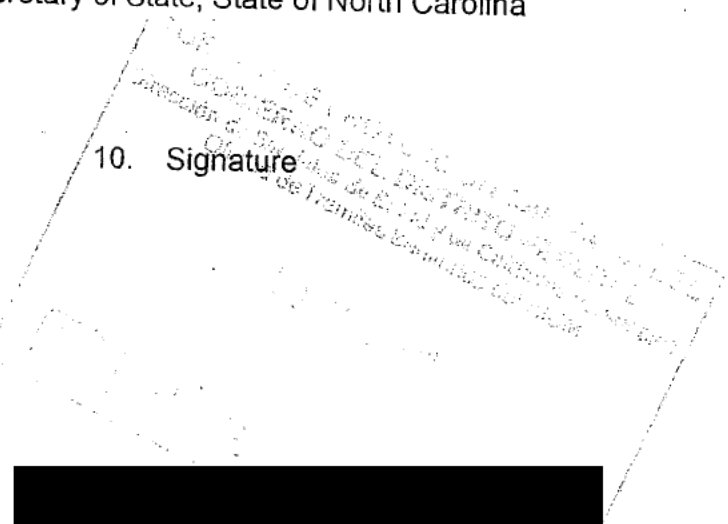
- 5. at Raleigh, North Carolina
- 6. the \_\_\_\_\_
- 7. by Secretary of State or Deputy Secretary of State, State of North Carolina
- 8. No. \_\_\_\_\_

9. Seal/Stamp

10. Signature



Scan to verify online.



Verify the issuance of this Apostille at <http://www.sosnc.gov/aut>

Secretary of State

This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp. It certifies that the document is the original. This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued. This Apostille is not valid for use anywhere within the United States of America, its territories or possessions. [Verify the issuance of this Apostille at <http://www.sosnc.gov/apostille>]

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

267



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION



OFICIALIA [REDACTED] LOCALIDAD IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 06:40

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] MUNICIPAL

DONDE FALLECIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: HIJO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUACION: EMPLEADO

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN OSBENES EN [REDACTED] Y QUIENES NO IMPRIMEN [REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
OFICIALIA 04 DEL REGISTRO CIVIL  
2010-2011

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 865

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE DEFUNCIÓN		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Guerrero			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?					
Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA					
Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
		Para menores de 28 días anote:		Para menores de un año		Para personas de un año o más	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Meses Años cumplidos	
						Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL					
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/>					
Calle		Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad					
Colonia		Centro					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
				Iguuala		Iguuala	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)	
				Iguuala		Guerrero	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:				12. OCUPACIÓN	
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>				Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabajaba					
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input checked="" type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica					
Calle		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)					
47							
15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad					
Colonia		Centro					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
				Iguuala		Iguuala	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
				Iguuala		Guerrero	
16. FECHA DE DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año		SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
0 8 4 0							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		19.1 Nombre de la unidad médica				19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>				Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
a) [Redacted]		14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
c) [Redacted]		14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
d) [Redacted]		14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
[Redacted]		14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?				21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidental <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad				22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A)				25. CERTIFICADA POR	
Nombre(s)		Primer Apellido				Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/>	
						Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. NOMBRE		28. FIRM				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Nombre(s)		Primer Apellido				Número de la cédula profesional	
Centro		Colonia					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad				29.2 Nombre de la vialidad	
Calle						29.3 Núm. Exterior	
Centro						29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
Iguuala		Iguuala		Guerrero		Iguuala	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Iguuala		Guerrero				Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				32.1 Localidad	
Núm. Libro Núm.		32.2 Municipio o delegación				32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm.		32.4 Día Mes Año				Art. 113	
						Frac. I	
						LFTAIP	
						Motivación 1	
						Motivación 2	

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2018 - 2021

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 16 del mes Febrero del 2019.

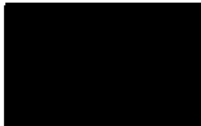
Se autoriza al C. FUNERALES DE DIOS con domicilio Cm. ZAPATA tel. no. 733027975 la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



DE LA REPUBLICA  
EN INVESTIGACION  
IRA EL CASO  
HABA

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**DIRECCION DE PANTEONES**  
IGUALA 2018 - 2021  
HAREMOS HISTORIA



DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

867

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN  
 DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día / Mes / Año _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1/ Mujer <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Guerrero</u>	
	5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1/ Otra <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4/ Separado(a) <input type="radio"/> 6/ Vido(a) <input type="radio"/> 2/ Casado(a) <input type="radio"/> 5/ Divorciado(a) <input type="radio"/> 3/ Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: <u>Calle Colonia</u> 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ixtapalapa</u> 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: <u>Ciudad de México</u> 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____							
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1/ Preescolar <input type="radio"/> 12/ Primaria <input checked="" type="radio"/> 3/ Secundaria <input type="radio"/> 5/ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7/ Profesional <input type="radio"/> 8/ Posgrado <input type="radio"/> 10/ Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1/ Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		12.2 Ocupación habitual: _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1/ ISSSTE <input type="radio"/> 3/ SEDENA <input type="radio"/> 5/ Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7/ Otra <input type="radio"/> 8/ IMSS <input type="radio"/> 2/ PEMEX <input type="radio"/> 4/ SEMAR <input type="radio"/> 6/ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10/ Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1/ IMSS <input type="radio"/> 3/ PEMEX <input type="radio"/> 5/ SEMAR <input type="radio"/> 7/ Hospital Especialidades <u>Polisamborquez</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2/ ISSSTE <input type="radio"/> 4/ SEDENA <input type="radio"/> 6/ Otra unidad pública <input type="radio"/> 8/ Unidad médica privada <input type="radio"/> 9/ _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>Avenida Colonia</u> 15.2 Nombre de la vialidad: _____ 15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ixtapalapa</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad de México</u> 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____							
	16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9		17. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2		18. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Código CIE: _____			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. _____							
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1/ El parto <input type="radio"/> 2/ El puerperio <input type="radio"/> 3/ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5/		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1/ Homicidio <input type="radio"/> 2/ Suicidio <input type="radio"/> 3/ Se ignora <input type="radio"/> 9/		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9/		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0/ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1/ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2/ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6/ Área deportiva <input type="radio"/> 3/ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4/ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7/ Otro <input type="radio"/> 8/ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5/ Se ignora <input type="radio"/> 9/		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____ Se ignora <input type="radio"/> 9/		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad: _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____				
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PA _____ (LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1/ Médico legista <input type="radio"/> 2/ Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3/ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4/ Autoridad civil <input type="radio"/> 5/ Otro <input type="radio"/> 6/ Especifique _____				
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		26. SI EL CERTIFICADO FUE EMITIDO POR UN MÉDICO LEGISTA Número de la cédula profesional: _____		29. DOMICILIO y TELEFONO 29.1 Tipo de vialidad: <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad: _____ 29.3 Núm. Exterior: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ixtapalapa</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Ciudad de México</u> 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____						



CDMX CIUDAD DE MEXICO



868

AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

CONCEPTO		DESTINO	OBSERVACIONES
1.- Inhumación e interacción de cadáveres (Si se efectúa antes de las 12 horas o después de las 48 horas)	Lugar donde se realiza		Embalsamado Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
2.- Fecha y hora de la autopsia	Lugar de la reinteracción		
3.- Traslado de cadáveres	Lugar de destino <b>PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, ESTADO DE GUERRERO</b>		Embalsamado Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
4.- Internación de cadáveres	Procedente de		Embalsamado Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
5.- Traslado de restos áridos	Lugar de destino		

Nombre: [REDACTED] ANOS

Sexo: [REDACTED] Hora y fecha de la defunción: 15:45 15/02/2019

Causa principal: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED] REPUBLICA

Fecha: [REDACTED]

Firma: [REDACTED]

Con base en los Artículos 313 Fr. II, 314 Fr. II, 319, 342, 348, 349, 350; 350-Bis; 350 Bis-1, 350 Bis-4, 350 Bis-6, 350 Bis-7, 375 Fr. V de la Ley General de Salud; Artículos 7, 9, 13, 67, 68 y 100 Fr. II, IV, V, VI y VII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia del Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, Artículos 110 Fr. I inciso i, 121 Fr. II, 158, 159, 160 de la Ley de Salud del Distrito Federal, Artículos 42, 45, 47, 48, 49, 52, 53 del Reglamento de Cementerios del Distrito Federal, Artículos 5 Fr. I inciso s, 17 Fr. I inciso e, del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, Artículos 1, 2, 12 y 13 del Reglamento para Agencias de Inhumaciones en el Distrito y Territorios Federales, se autoriza al solicitante:

**EL TRASLADO DEL CADAVER DE QUIEN EN VIDA LLEVO EL NOMBRE ANTES CITADO, PROCEDENTE DE LA CIUDAD DE MEXICO, PARA SU INHUMACION EN EL PANTEON DEL LUGAR ARRIBA SEÑALADO, ENTRE LAS 12 Y LAS 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO.**

México D.F. 16 de FEBRERO 2019 de 201

Hora de expedición 12:13

[REDACTED]

Responsable de trámites funerarios

CENTRAL FESTIVO DIURNO ARCE

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2



Naty  
26-02-2019

"PRIMERA AMPLIACIÓN"  
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de Febrero 2018.

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	19/02/2019	[Redacted]
[Redacted]	21/02/2019	[Redacted]
[Redacted]	23/02/2019	[Redacted]
[Redacted]	23/02/2019	[Redacted]



REPUBLICA  
DE INVESTIGACIÓN  
DEL CASO

SEMANA DEL 18 AL 24 DE Febrero

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Formulario de certificación de defunción con campos para: 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A), 2. FECHA DE NACIMIENTO, 3. SEXO, 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO, 5. CURP, 6. LENGUA ALGUNA, 7. NACIONALIDAD, 8. EDAD CUMPLIDA, 9. ESTADO CONYUGAL, 10. RESIDENCIA HABITUAL, 11. ESCOLARIDAD, 12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN, 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN, 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN, 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE, 23. NOMBRE DEL INFANTE, 25. CERTIFICADA POR, 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE, 29. DOMICILIO Y TELÉFONO, 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL, 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 115 Fracci. I ILFTAI

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE VERACRUZ  
DE IGNACIO DE LA LLAVE  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE DE REGISTRO E IDENTIFICACION PERSONAL

OFICIALIA No. [REDACTED] LIBRO No. [REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD VERACRUZ  
MUNICIPIO VERACRUZ ENTIDAD FEDERATIVA VERACRUZ  
FECHA DE REGISTRO DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO 2019

NOMBRE FINADO [REDACTED] SEXO HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

NACIONALIDAD MEXICANA EDAD [REDACTED] AÑOS MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

(LOCALIDAD) [REDACTED] (PAIS) MEXICO

DOMICILIO HABITUAL [REDACTED] ESTADO CIVIL [REDACTED]

NOMBRE DE LA CALLE, No. DE EXTERIOR E INTERIOR IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION [REDACTED] FALLECIMIENTO HORA 19:00

LUGAR OTRO LUGAR [REDACTED] DESTINO DEL CADAVER INHUMACION  CREMACION

UBICACION TRASLADADA A IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO [REDACTED]

DONDE FALLECIO [REDACTED] VERACRUZ ORDEN No. [REDACTED]

CAUSAS DE LA DEFUNCION (A) [REDACTED] 1 MES (B) [REDACTED] 3 MESES (C) [REDACTED] AÑO (D) [REDACTED]

PARTE II

INVESTIGACION  
DEL CASO

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION [REDACTED]

No DE CEDULA PROFESIONAL 1241411

DOMICILIO [REDACTED] COLONIA CENTRO

NOMBRE [REDACTED] NACIONALIDAD MEXICANA EDAD [REDACTED] AÑOS

DOMICILIO [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. PARENTESCO [REDACTED] OCUPACION COMERCIANTE

NOMBRE [REDACTED] NACIONALIDAD MEXICANA EDAD [REDACTED] AÑOS

DOMICILIO [REDACTED] OCUPACION EMPLEADA PARENTESCO NINGUNO

DOMICILIO [REDACTED] NACIONALIDAD MEXICANA EDAD [REDACTED] AÑOS

OCUPACION EMPLEADO PARENTESCO NINGUNO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

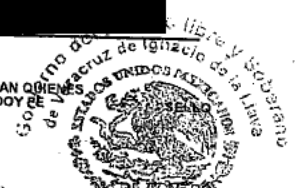
FIRMAS

[REDACTED] DECLARANTE  
[REDACTED] TESTIGO  
[REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL DOY FE

EL C.OFICIAL

LIC [REDACTED]



Ver Fracc. I

Art. 10  
Fracc. I  
LF  
Motivación 1

# CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

872

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		<b>3. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
<b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día _____ Mes _____ Año _____		<b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
<b>5. CURP</b> _____ Se ignora <input type="radio"/> _99_		<b>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
<b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_		<b>8. EDAD CUMPLIDA</b> Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
<b>8.1 Para menores de 28 días anote:</b> Folio del Certificado de Nacimiento: _____ <b>8.2 Semanas de gestación:</b> _____ <b>8.3 Peso (gramos):</b> _____		<b>9. ESTADO CONYUGAL</b> Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ En unión libre <input type="radio"/> _4_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ <b>10.1 Tipo de vialidad</b> _____ <b>10.2 Nombre de la vialidad</b> _____			
<b>10.3 Núm. Exterior</b> _____ <b>10.4 Núm. Interior</b> _____ <b>10.7 Código Postal</b> _____		<b>10.5 Tipo de asentamiento humano</b> _____ <b>10.6 Nombre del asentamiento humano</b> _____	
<b>10.8 Localidad</b> _____ <b>10.9 Municipio o delegación</b> _____ <b>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</b> _____		<b>11. ESCOLARIDAD</b> Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	
<b>11.1 La escolaridad seleccionada es:</b> Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_		<b>12. OCUPACIÓN HABITUAL</b> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b> Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_		<b>13.1 Número de seguridad social o afiliación</b> _____	
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION</b> Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_			
<b>14.1 Nombre de la unidad médica</b> _____ <b>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</b> _____		Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	
<b>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION</b> <b>15.1 Tipo de vialidad</b> _____ <b>15.2 Nombre de la vialidad</b> _____			
<b>15.3 Núm. Exterior</b> _____ <b>15.4 Núm. Interior</b> _____ <b>15.7 Código Postal</b> _____		<b>15.5 Tipo de asentamiento humano</b> _____ <b>15.6 Nombre del asentamiento humano</b> _____	
<b>15.8 Localidad</b> _____ <b>15.9 Municipio o delegación</b> _____ <b>15.10 Entidad federativa</b> _____		<b>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION</b> Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)</b> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. Debido a (o como consecuencia de) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II SANITARIA No VII Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo. _____			
<b>21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _5_		<b>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
<b>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		<b>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION</b> Código CIE _____	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_			
22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _6_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _7_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ <b>22.7.1 Tipo de vialidad</b> _____ <b>22.7.2 Nombre de la vialidad</b> _____			
<b>22.7.3 Núm. Exterior</b> _____ <b>22.7.4 Núm. Interior</b> _____ <b>22.7.7 Código Postal</b> _____		<b>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</b> _____ <b>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</b> _____	
<b>22.7.8 Localidad</b> _____ <b>22.7.9 Municipio o delegación</b> _____ <b>22.7.10 Entidad federativa</b> _____		<b>23. NOMBRE DEL INF.</b> _____	
<b>24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)</b> _____		<b>25. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil* <input type="radio"/> _5_ Otro* <input type="radio"/> _8_ Especifique _____	
<b>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional _____		<b>27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE</b> Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
<b>28. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE</b> <b>29.1 Tipo de vialidad</b> _____ <b>29.2 Nombre de la vialidad</b> _____ <b>29.3 Núm. Exterior</b> _____ <b>29.4 Núm. Interior</b> _____ <b>29.5 Tipo de asentamiento humano</b> _____			

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICIPARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICIPARES

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICIPARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICIPARES



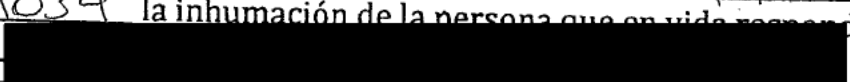
**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2018 - 2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 23 del mes FEBRERO del 2019

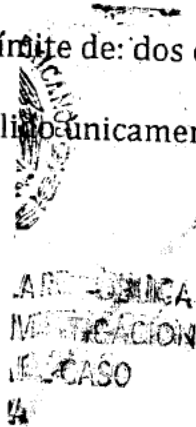
Se autoriza al C. FONERAVES, GOTIERREZ con domicilio CARRETERA NAL. MEX. ACAP Y PERIF 3/N. tel. no. 33 2 1034 la inhumación de la persona que en vida recomendó al nombre de  La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.  
**DIRECCION DE PANTEONES**  
2018 - 2021  
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA



C.   
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

874

**ESTADOS UNIDOS MEXICANOS**  
**REGISTRO CIVIL**

**ACTA DE DEFUNCION**  
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE DEFUNCION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LOCALIDAD: IGUALA

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE  MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)  
IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 00:40

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DÓNDE FALLECIO: [REDACTED] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] COL. CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: APICULTOR

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:  
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y LE IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SECRETARÍA DE JUSTICIA  
INVESTIGACIÓN  
DEL CASO

EL C. OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL: [REDACTED]

SELLO DE LA OFICIALIA

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MODELO ZU1.1  
FOLIO

075

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

**DEL FALLECIDO**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Mes Año [Redacted]

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Guerrero

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Se ignora 9

8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Casado(a) 5 En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle [Redacted] 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad Centro

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano Cuernavaca

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad Iguala 10.9 Municipio o delegación Iguala de la Independencia 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Guerrero

11. ESCOLARIDAD Ninguna 11 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. [Redacted] Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica pública 8 Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad Mexico-Acapulca

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano Centro

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad Iguala 15.9 Municipio o delegación Iguala de la Independencia 15.10 Entidad federativa Guerrero

16. FECHA DE DEFUNCIÓN [Redacted] Mes Año [Redacted] Horas Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 hora

b) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: 48 horas

c) [Redacted] 5 años

d) [Redacted] 25 años

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

INVESTIGACION

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN MUESTRO DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

**DEL INF.**

23. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

**DEL CERTIFICANTE**

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico\* 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil\* 5 Otro\* 8 Médico General

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle [Redacted] 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad Acapulca Km 196

29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia [Redacted]

29.6 Nombre del asentamiento humano Centro 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad Iguala

29.9 Municipio o delegación Iguala de la Independencia 29.10 Entidad federativa Guerrero

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Mes Año [Redacted]

**DEL REG. CIVIL**

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGAO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

PANTEON MUNICIPAL

PRIMERA

• AMPLIACION



DE LA REPUBLICA  
DE INVESTIGACION  
AFAN...  
TADA

• 2019

“ MARZO ”

*Nota  
04-03-19*

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"  
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de Marzo 2018.

C. [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	<u>27/02/2019</u>	[Redacted]
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]	<u>03/03/2019</u>	[Redacted]
[Redacted]		
[Redacted]		
[Redacted]	<u>03/03/2019</u>	[Redacted]
[Redacted]		

SEMANA DEL 25 **EL CASO** AL OTORGAR Marzo

ATENTAMENTE

C. [Redacted]  
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE  
PANTEONES  
2018 - 2021

**RECIBIDO**  
Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
Recibio \_\_\_\_\_



**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

978  
878

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _1_ Mujer <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
	5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1_ Otra <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> _9_		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _4_ Separado(a) <input type="radio"/> _6_ Viudo(a) <input type="radio"/> _2_ Casado(a) <input type="radio"/> _5_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _3_ Soltero(a) <input type="radio"/> _1_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		
	10.1 Tipo de vialidad _____		10.2 Nombre de la vialidad _____		10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		
	10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____		10.7 Código Postal _____		
	10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _1_ Preescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria <input type="radio"/> _3_ Secundaria <input type="radio"/> _5_ Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7_ Profesional <input type="radio"/> _8_ Posgrado <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> _1_ Incompleta <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _1_ ISSSTE <input type="radio"/> _3_ SEDENA <input type="radio"/> _5_ Seguro Popular <input type="radio"/> _7_ Otra <input type="radio"/> _8_ IMSS <input type="radio"/> _2_ PEMEX <input type="radio"/> _4_ SEMAR <input type="radio"/> _6_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _1_ IMSS <input type="radio"/> _3_ PEMEX <input type="radio"/> _5_ SEMAR <input type="radio"/> _7_ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _2_ ISSSTE <input type="radio"/> _4_ SEDENA <input type="radio"/> _6_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _8_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _9_		
	14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Tipo de vía: Vía pública <input type="radio"/> _10_ Otro lugar <input type="radio"/> _12_ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____		15.2 Nombre de la vialidad _____		15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		
15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.6 Nombre del asentamiento humano _____		15.7 Código Postal _____			
15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa _____			
16. FECHA DE DEFUNCIÓN Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		Código CIE _____			
		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _1_ El parto <input type="radio"/> _2_ El puerperio <input type="radio"/> _3_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _4_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos al parto <input type="radio"/> _5_		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_	
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> _1_ Homicidio <input type="radio"/> _2_ Suicidio <input type="radio"/> _3_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su profesión? Sí <input type="radio"/> _1_ No <input type="radio"/> _2_ Se ignora <input type="radio"/> _9_		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> _0_ Área deportiva <input type="radio"/> _3_ (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _1_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _4_ (rancho o parcela) Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _2_ Área comercial o de servicio <input type="radio"/> _5_ Otro <input type="radio"/> _8_ Se ignora <input type="radio"/> _9_	
		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7.1 Tipo de vialidad _____		22.7.2 Nombre de la vialidad _____			
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____			
22.7.7 Código Postal _____		22.7.8 Localidad _____		22.7.9 Municipio o delegación _____			
22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE _____		24. PAREJA FALLECIDO(A) _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1_ Médico legista <input type="radio"/> _2_ Otro médico* <input type="radio"/> _3_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _4_ Autoridad civil* <input type="radio"/> _5_ Otro* <input type="radio"/> _8_		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____		27. NOMBRE _____			
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____		29.2 Nombre de la vialidad _____			
29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____		29.5 Tipo de asentamiento humano _____		29.6 Nombre del asentamiento humano _____			
29.7 Código Postal _____		29.8 Localidad _____		29.9 Municipio o delegación _____			
29.10 Entidad federativa _____		29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA _____ Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____			
31.1 Acta Núm. _____		32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1  
 ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD  
 Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

Orlando



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION  
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

879



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA: [REDACTED] LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 02:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CENTRO, IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 48

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADA

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 30

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES  
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] MAS [REDACTED]  
[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL  
LIC. [REDACTED]



OFICIALIA  
REGISTRO



**DIRECCION DE PANTEONES**

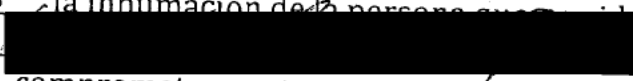
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

2018-2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 14 del mes FEBRERO del 2019.

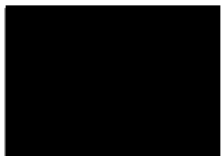
Se autoriza al Sr. HELLEN O. RUEDA MARIN con domicilio AV. BANDAS NACIONALES #48 con tel. no. 33208915 la inhumación de la persona que respondió al nombre de Sr.  SALES. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



LA REPUBLICA  
INVESTIGACIÓN  
DEL CASO ATENTAMENTE  
PA

C. JOSE ORTIZ CONTRERAS  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

[presidencia@iguala.gob.mx](mailto:presidencia@iguala.gob.mx)  
[www.iguala.gob.mx](http://www.iguala.gob.mx)

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero



881

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 03 del mes Marzo del 2019.

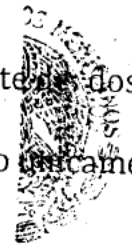
Se autoriza al C. Hellen Q. Roeda Marah con domicilio Av. Bandera Nat. No. 48 tel. no. 33 26 595 la inhumación de la persona que [redacted] da respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



EL ASESORADO  
INVESTIGACIÓN  
RASEL CASO ATENTAMENTE  
ATA



DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de Marzo 201

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	05/03/2019	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	07/03/2019	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	08/03/2019	[REDACTED]

SEMANA DEL 07 AL 10 DE Marzo

REPUBLICA  
ESTIGACIÓN  
LOCAL

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]  
ADMINISTRADOR

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE  
PANTEONES  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha 10/03/19 Hora 5:20  
Recibido [Signature]



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

683

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. [Redacted] Año [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO

5. CURP: [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si  1, No  2, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Otra  2

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a)  6, Viudo(a)  2, Casado(a)  3, En unión libre  4, Divorciado(a)  5, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.1 Tipo de vitalidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vitalidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  1, Incompleta  2

11.2 Ocupación habitual: [Redacted] Se ignora  9

12.1 Trabajaba: Si  1, No  2, Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, Otra  8, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, Hospital  8, Unidad médica pública  9, Unidad médica privada  9

14.1 Nombre de la unidad médica: HOSPITAL GENERAL GUERRERO

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vitalidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vitalidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] 01/25 Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si  1, No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: UN MES

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 AÑO

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 16 AÑOS

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  1, El parto  2, El puerperio  3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si  1, No  2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si  1, No  2, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1, Escuela u oficina pública  2, Área deportiva  3, Calle o carretera (vía pública)  4, Área comercial o de servicio  5, Área industrial (taller, fábrica u obra)  6, Granja (rancho o parcela)  7, Otro  8, Se ignora  9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7.1 Tipo de vitalidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vitalidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5, Otro  8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vitalidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vitalidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1



GULS431205HGR1GB07

889



FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE (X) MUJER ( )

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] ALARCON GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 01:25

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION ( ) NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED] MUNICIPAL

LUGAR DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

DE CEDULA PROFESIONAL: 1640498

DOMICILIO: [REDACTED] OSE. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: AMA DE CASA

DOMICILIO: RICARDO FLORES MAGON 32. CDL. JUAN N. ALVAREZ. IGUALA, GRO.

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO OCUPACION: COMERCIANTE

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED SIGNATURES]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL N.º [REDACTED]

FIRMA



Art. 113



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS Haremos Historia

Serie C3

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha 08/03/2019 10:48:00 AM

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cilente R.F.C. XAXX010101000 Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

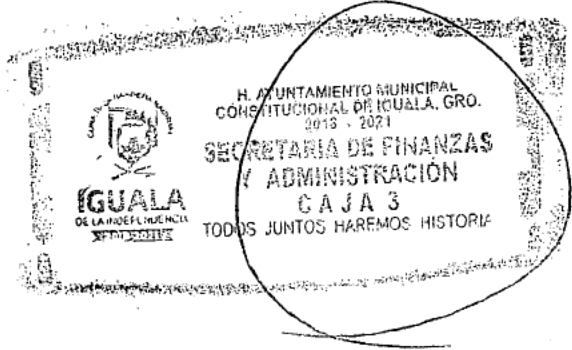
Table with 7 columns: Clv. Prod., Cant., Clv. U., Unidad, Descripción, Precio Unitario, Descuento, Importe. Includes rows for 'EXHUMACION DESPUES TRANSCURRIDO EL TERMINO DE LEY' and '15% DE CONTRIBUCION ESTATAL'.

Importe con Letra: (CIENTO VEINTINUEVE PESOS 02/100 M.N.)

Summary table with SubTotal 129.02, Descuento 0.00, Total Comprobante 129.02.

Clave Fiscal UUID, No. de Serie del Certificado SA, Fecha y Hora de Certificación

ATENCION INVESTIGACION DEL CASO



Código digital del CFDI:

Long alphanumeric string representing the digital code of the CFDI.

Código del SAT: Long alphanumeric string representing the SAT code.

Clave Original del complemento de certificación digital del SAT:

Long alphanumeric string representing the original key for the digital certification complement.



Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS Haremos Historia

Serie C3

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha

Lugar de Expedición 40000

Número de serie del Certificado

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliete R.F.C. XAXX010101000 Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

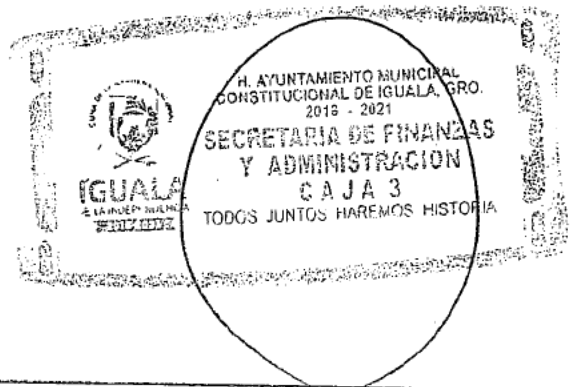
Table with 5 columns: Clv. Prod., Cant., Clv. U., Unidad, Descripción, Precio Unitario, Descuento, Importe. Includes rows for 'APERTURA DE FOSA P/SEPUL EN PANTEON ANT.MPAL.' and '15% DE CONTRIBUCION ESTATAL'.

Importe con Letra: (DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 01/100 M.N.)

Summary table with 2 columns: Description, Amount. Rows for SubTotal (289.01), Descuento (0.00), and Total Comprobante (289.01).

Clave Fiscal UUID, No. de Serie del Certificado SAT, Fecha y Hora de Certificación

LA REPUBLICA INVESTIGACION CASO



Código digital del CFDI:

u keDeJLy/LbDVRaV3AsSY2/A9HOGDDg+vl4PIA0HOAGrYLxgqRRShrh6JPTPclgRQc6Mhwhmqar15aJ6QirUD+HMeK0w6wiriDgRhLZ2E2E9if9eeEmi3npi5uoX16K48cX8Hz7LuLxsNMupDPDYN2...

Código del SAT:

7 vLUjlv35je0/Hrvhuxluvk+9L8UmFrXUKhO1rToozPyFgc5klzKN/JbLrDMM74JYxHu4iYIK3CsQGVjBa5p+amju6AxFx/Z34e/X9IYIG0eaKofIHcr5noO955V3+3R...

Clave Original del complemento de certificación digital del SAT:

!ADE38AF4-6DBA-4153-BB4B-8A7E4CEC69AF[2019-03-08T10:51:21]QLukeDeJLy/LbDVRaV3AsSY2/A9HOGDDg+vl4PIA0HOAGrYLxgqRRShrh6JPTPclgRQ...



Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

887

**"PRIMERA AMPLIACIÓN"**  
**"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"**

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de Marzo 2019

C. [REDACTED]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[REDACTED] 11/03/2019 [REDACTED]

[REDACTED] 17/03/2019 [REDACTED]

LA DEFENSA  
INVESTIGACIÓN  
INAB CASO

SEMANA DEL 11 AL 17 DE Marzo

ATENTAMENTE



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE  
PANTEONES  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha 19/03/2019  
Recibo [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]  
ADMINISTRADOR



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS Haremos Historia



Serie C3

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha

Lugar de Expedición 40000

Número de serie del Certificado

Número Recibo

Versión 3.3

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C.

Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente FUNERALES GUTIERREZ

R.F.C. XAXX010101000

Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

[Redacted Concept Description]

Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
61700	1.0	C62	LOTE	4149-01-009-113 APERTURA DE FOSA P/SEPUL. EN PANTEON ANT.MPAL.	251.31	0.00	251.31
61700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	37.70	0.00	37.70
<b>SubTotal</b>							289.01
<b>Descuento</b>							0.00
<b>Total Comprobante</b>							289.01

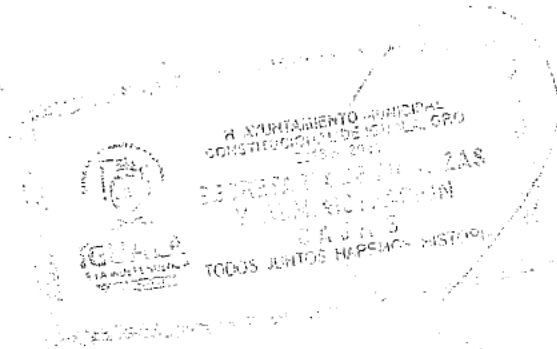
Importe con Letra: DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 01/100 (M.N.)

Identificación Fiscal UUID

Número de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación

LA REPUBLICA INVESTIGACION DEL CASO PA



Código digital del CFDI:

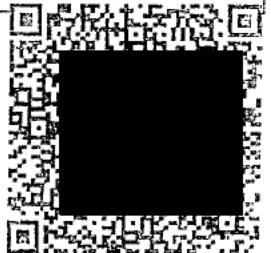
1Yv12nbnWWMGwn+dxGumxt+23MK8Fvuwoy3rBqcTDZpGWB4E9wVVjGUNs9UlgP2VdrEID+cbahbJk1BBPxaRFJZUadG5YsEYeXeSFDAvohateIQB0BOyiyQ1tohU4e4SMXnMUQfeNu/rqvyYj+...

Código del SAT:

X+tbHlYurI6fkcfwMjhoJfWMCd7QKCNomhRxbwHF40Gwxmcfv+DYqwGzsPm9f326HXE47NB5forfXN8hKtod2bygSG+6XPcajjzWpHxl1317KmkNHZxk0utvZ9K...

Identificación Original del complemento de certificación digital del SAT:

F9D4223D-70B8-4F9F-B2CE-A1F3665C0661|2019-03-11T10:28:41|gNF1Yv12nbnWWMGwn+dxGumxt+23MK8Fvuwoy3rBqcTDZpGWB4E9wVVjGUNs9UlgP2...



Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS Haremos Historia

889

Serie C3
Folio
Tipo de Comprobante Ingreso
Fecha
Lugar de Expedición 40000
Número de serie del Certificado

Número Recibo
Versión 3.3

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
R.F.C.
Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente FUNERALES GUTIERREZ
R.F.C. XAXX010101000
Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano
Forma de Pago 01-Efectivo
Condiciones de Pago
Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

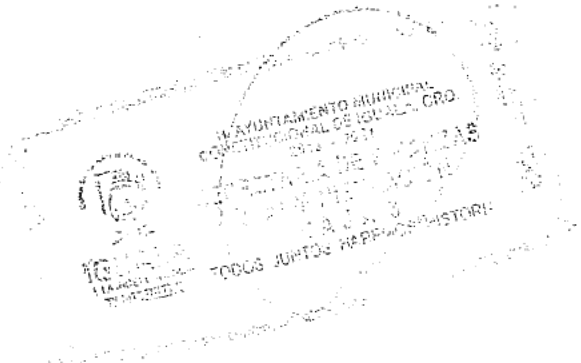
Concepto

Table with 7 columns: Prod., Cant., Clv. U., Unidad, Descripción, Precio Unitario, Descuento, Importe. Includes rows for 'LOTES' and 'CONTRIBUCION ESTATAL'.

Importe con Letra: CIENTO DIECISIETE PESOS 01/100 M.N.)

Código Fiscal UUID
de Serie del Certificado SAT
Fecha y Hora de Certificación

REPUBLICA
INVESTIGACIÓN
DEL CASO
IPA



Código digital del CFDI:

Long alphanumeric string representing the digital code of the CFDI.

Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT:
Long alphanumeric string for the original image of the digital certification complement.



Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT:
Long alphanumeric string for the original image of the digital certification complement.

Art. 110
Frac. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Frac. I
LFTAIP
Motivación 2

REGISTRO CIVIL



890

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 19:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

LUGAR DE DEFUNCION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) [REDACTED] CENTRO. IGUALA, GUERRERO

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO.

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO \_\_\_\_\_

DECLARANTE \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED]

[REDACTED]

FIRMA





# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
2. [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>GUERRERO</b>
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]	
8.2 Semanas de gestación: [Redacted]		8.3 Peso (gramos): [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 8		10. RESIDENCIA HABITUAL Ave. al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>AVENIDA</b>	
10.1 Tipo de vialidad <b>COLONIA</b>		10.2 Nombre de la vialidad <b>CENTRO</b>	
10.3 Interior <b>IGUALA</b>		10.4 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>GUERRERO</b>	
10.7 Código Postal <b>IGUALA</b>		10.8 Localidad <b>IGUALA</b>	
10.9 Municipio o delegación <b>IGUALA</b>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>GUERRERO</b>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimiento	
14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11		14.4 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Ave. al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>AVENIDA</b>		15.1 Tipo de vialidad <b>COLONIA</b>	
15.2 Nombre de la vialidad <b>CENTRO</b>		15.3 Interior <b>IGUALA</b>	
15.4 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>		15.5 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA</b>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <b>IGUALA</b>		15.7 Código Postal <b>IGUALA</b>	
15.8 Localidad <b>IGUALA</b>		15.9 Municipio o delegación <b>IGUALA</b>	
15.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b>		16.1 Fecha de nacimiento <b>19100</b>	
16.2 Año <b>1910</b>		16.3 Horas <b>00</b>	
16.4 Minutos <b>00</b>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE	
a) [Redacted]		[Redacted]	
b) Debido a (o como consecuencia de)		[Redacted]	
c) Debido a (o como consecuencia de)		[Redacted]	
d) [Redacted]		[Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		[Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Nóm. Exterior 22.7.4 Nóm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique	
27. NOMBRE <b>DR. [Redacted]</b>		28. Número de la cédula profesional	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>CARRETERA FEDERAL</b>		29.1 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>	
29.2 Nombre de [Redacted]		29.3 Nóm. Exterior <b>IGUALA</b>	
29.4 Nóm. Interior <b>IGUALA</b>		29.5 Tipo de asentamiento humano <b>IGUALA</b>	
29.6 Código Postal <b>IGUALA</b>		29.7 Localidad <b>IGUALA</b>	
29.8 Localidad <b>GUERRERO</b>		29.9 Municipio o delegación <b>GUERRERO</b>	
29.10 Entidad federativa <b>GUERRERO</b>		29.11 Teléfono	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Localidad		31.2 Fecha	

REGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. 110  
FACC31-V-11  
LFTAIIP  
Motivación 1

LFTAIIP  
Motivación 2



"PRIMERA AMPLIACIÓN"  
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de Marzo 201

C [Redacted]  
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	19/03/2019	[Redacted]
[Redacted]	19/03/2019	[Redacted]
[Redacted]	20/03/2019	[Redacted]
[Redacted]	22/03/2019	[Redacted]
[Redacted]	22/03/2019	[Redacted]
[Redacted]	23/03/2019	[Redacted]

LA REPÚBLICA  
SEMANA DEL 18 A 24 DE Marzo

DEL CASO  
PA

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]  
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
DIRECCIÓN DE PANTEONES  
2018 - 2021

**RECIBIDO**

Fecha 24/03/2019 Hora 12:00  
Recibio [Redacted]

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

893

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. SEXO: Hombre  Mujer  Se ignora

3. ENTIDAD DE NACIMIENTO: GUERRERO

4. CURP: [Redacted]

5. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si  No  Se ignora

6. NACIONALIDAD: Mexicana  Se ignora

7. ESTADO CONYUGAL: Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  Se ignora

8. RESIDENCIA HABITUAL: CALLE [Redacted] COLONIA [Redacted] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO

9. ESCOLARIDAD: Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Escillerano o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora  Completa  Incompleta

10. OCUPACIÓN HABITUAL: MAESTRA

11. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: ISSSTE  SEMAR  IMSS PROSPERA  SEDENA  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  Se ignora

12. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada  HOSPITAL CENTRAL MILITAR

13. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: BOULEVARD [Redacted] COLONIA [Redacted] CIUDAD DE MEXICO

14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 18/2/91

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

16. PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted]

17. PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo. [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si  No  Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROP? Si  No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: 6 DIAS, 17 MESES, 40 AÑOS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si  No  21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora  22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si  No  Se ignora  22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Escuela u oficina pública  Área industrial (calle, fábrica u obra)  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

23. NOMBRE: [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. NOMBRE: [Redacted]

28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: BOULEVARD [Redacted] COLONIA [Redacted] CIUDAD DE MEXICO

30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted]

31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2



594

CONCEPTO	DESTINO	OBSERVACIONES
1.- Inhumación o incineración de cadáveres. (Si se efectúa antes de las 12 horas o después de las 48 horas)	Lugar donde se realiza  <b>VALIDO</b>	Embalsamado Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
2.- Exhumación prematura	Lugar de la rehumación  	
3.- Traslado de cadáveres	Lugar de destino <b>PANTEON MUNICIPAL DE ICAHA</b> <del>LA SOCIEDAD DE GUERRERO</del>	Embalsamado Sí <input checked="" type="radio"/> <b>SI</b> No <input type="radio"/>
4.- Internación de cadáveres	Procedente de  	Embalsamado Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
5.- Traslado de restos áridos	Lugar de destino  	

**Datos del difunto:**

Nombre: [Redacted] Edad: [Redacted]

Sexo: [Redacted] Fecha y hora de la defunción: 16-03-2019 16:20 hs

Causa principal: [Redacted]

**Datos del solicitante:**

V [Redacted]

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted] **TELO MIGUEL HIDALGO CDMX**

Firma: [Redacted]

Con base en los Artículos 313 Fr. II, 314 Fr. II, V, VI y IX, 319, 342, 348, 349, 350; 350-Bis; 350 Bis-1, 350 Bis-4, 350 Bis-6, 350 Bis-7, 375 Fr. V de la Ley General del Salud; Artículos 7, 9, 13, 67, 68 y 100 Fr. II, IV, V, VI y VII del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia del Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, Artículos 110 Fr. I inciso i, 121 Fr. II, 158, 159, 160 de la Ley de Salud del Distrito Federal, Artículos 42, 45, 47, 48, 49, 52, 53 del Reglamento de Cementerios del Distrito Federal, Artículos 5 Fr. I inciso s. 17 Fr. I inciso e, del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, Artículos 1, 2, 12 y 13 del Reglamento para Agencias de Inhumaciones en el Distrito y Territorios Federales, se autoriza al solicitante:

**TRASLADO DEL CADAVER QUE SE INDICA A L LUGAR SEÑALADO PARA SU INHUMACION DESPUES DE LAS 48 HS DE OCURRIDO EL DECESO.**

México D.F. a 17 de marzo de 201 9

Hora de expedición \_\_\_\_\_

[Redacted] Responsable de trámites funerarios



895 5 3 0 1 2 2 8 4

# ACTA DE DEFUNCION

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	ANO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED] AÑO(S) Género [REDACTED]

Lugar de Nacimiento -- GUERRERO Ocupación MAESTRA

Domicilio [REDACTED] A INDEPENDENCIA GUERRERO

Estado Civil [REDACTED] Nacionalidad MEXICANA

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

El Cuerpo Será [REDACTED] Orden No. [REDACTED]

En el \_\_\_\_\_

Ubicado en \_\_\_\_\_

Fecha de la Defunción [REDACTED] Hora Defunción - 18:29

Lugar de la Defunción [REDACTED] HIDALGO CIUDAD DE MEXICO

Causa(s) de la Muerte [REDACTED]

Médico que Certifica [REDACTED] Cédula Profesional [REDACTED]

Domicilio del Médico [REDACTED] OTELO. MIGUEL HIDALGO CIUDAD DE MEXICO

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED] AÑOS

Parentesco con el Finado [REDACTED]

Nacionalidad [REDACTED]

Domicilio [REDACTED] INDEPENDENCIA GRO.

**ANOTACIONES:**  
 LA INHUMACION SERA AL PANTEON MUNICIPAL DE IGUALA, ESTADO DE GUERRERO

LA REPUBLICA  
 DE INVESTIGACION  
 DEL CASO  
 [REDACTED]

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fé EL JUEZ 14° DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ	FIRMA DEL JUEZ
LIC. [REDACTED]	[REDACTED]

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No:	Fecha:	Firma:
No:	Fecha:	Firma:

**CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 17 DIAS DEL MES DE MARZO DEL 2019**

C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

LIC. [REDACTED]

# EMBALSAMADORA DURÁN

No. [Redacted] 896

Calle Cerrada de Dr. Durán No. 21 Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc Teléfono: 7261 7881 / 7261 4173

## TESIS DE EMBALSAMAMIENTO

### MARCO LEGAL:

Artículos 313-Fr. I II; 31 1-Fr. II, V, VI y IX, 319, 346, 348 párrafo II; 349 y 350 de la Ley General de Salud Artículos 71 fr. II, 72 Fr V; 105; 106 Fr. I, II y III y 107 de Reglamento de la Ley General de Salud en la materia de la disposición sanitaria de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

El Embalsamador: [Redacted] con estudios en el Colegio Nacional de Educación Profesional hace de su conocimiento para el embalsamador del cadáver a describir que se afectó el día 17 de Marzo del 2014 a las 02:00 horas. En la sala de embalsamamiento de la agencia Embalsamadora Durán con domicilio en: Cerrada de Dr. Durán el col. Doctores

### TÉCNICAS UTILIZADAS:

PORCENTAJES DE SOLUCIÓN: Formol 30% Fenol 10% Glicerina 5% Alcohol 10% Germinicida 15% Agua 30%

\* Se practicó inyección conservadora introcarterial a través de la(s) arteria(s) (s)

Femoral ( ) Carótida  Subclavias ( ) Iliacas  Axilar ( )

\* Se practicó por medio de la extracción se retiraron líquidos, gases y material fecal y se aplicó solución conservadora en ambas regiones Torax- Abdomen

\* Se practicó lavado y fijación de órganos para conservación de los mismos. ( )

Feto ( ) Estudio Patológico ( ) Integro  Caso médico legal ( )

### DATOS DEL FINADO:

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Agencia de la Investigación

Causas del fallecimiento: [Redacted]

Fecha de la defunción: [Redacted] Hora de defunción: 18:29 Hrs

Estado civil: [Redacted] Ocupación: [Redacted] Sexo: M  F  Edad: 25

No. Averiguación Previa: [Redacted]

No. Certificado Médico de Defunción: [Redacted]

### DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE:

Nombre: [Redacted] CDMX VALEDO Cédula: 904430

Domicilio: C. [Redacted] DELEG. BENITO JUÁREZ D.F.

### MÉDICO QUE SUPERVISÓ EL EMBALSAMAMIENTO DEL CADÁVER:

Nombre del médico: [Redacted] Firma: [Redacted]

No. del Reporte: [Redacted] Funeraria que Reporta: Velatoria Maldonado

Destino del Finado: Fuere de para su inhumación en el panteón municipal del Estado en el estado de Guerrero

### DATOS DEL EMBALSAMADOR QUE APLICÓ LA TÉCNICA MENCIONADA

Nombre: [Redacted] Firma: [Redacted]

OBSERVACIONES: [Redacted]

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2

REGISTRO CIVIL



897

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE

NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: 07 DE SEPTIEMBRE DE 1926 EDAD: 92 AÑOS MESES --- DÍAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE NO. EXTERIOR E INTERIOR)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 10:00

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED] MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [REDACTED]

B) B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 1318473

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] IGUALA, GUERRERO OCUPACION: COMERCIANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] GUERRERO OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED]

FIRMA [REDACTED]



Art. 100  
Fracción I  
LFTAIP  
Motivación 1

INTERCESARIO

Motivación 2



**DIRECCION DE PANTEONES**

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL  
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.  
2018 - 2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 22 del mes Marzo del 2019

Se autoriza al Sr. HELEN O. ZUECA MAZON con domicilio AV. BANDERA NACIONAL #45 con tel. no 3326575 teléfono del señor SR. [REDACTED] quien ha respondido al nombre de SR. [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

**Nota:** en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



VICINOS  
LA REPUBLICA  
INVESTIGACION  
CASO

ATENTAMENTE

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL  
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.

[REDACTED]  
C. [REDACTED]  
DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

Palacio Municipal  
Vicente Guerrero No. 1  
Col. Centro, C.P. 40000  
Iguala de la Independencia,  
Guerrero

presidencia@iguala.gob.mx  
www.iguala.gob.mx

SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO

899

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO: Hombre  1, Mujer  2, Se ignora  9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Guerrero

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI  1, No  2, Se ignora  9

7. NACIONALIDAD: Mexicana  1, Otra  2, Se ignora  9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

8.3 Peso (gramos): [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a)  6, Viudo(a)  2, Casado(a)  5, En unión libre  0, Divorciado(a)  1, Soltero(a)  1, Se ignora  9

10. RESIDENCIA HABITUAL: Calle [Redacted], Colonia [Redacted], Localidad [Redacted], Municipio o delegación [Redacted], Entidad federativa o país [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna  1, Preescolar  12, Primaria  3, Secundaria  5, Bachillerato o preparatoria  7, Profesional  8, Posgrado  10, Se ignora  99

11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted]

12.1 Trabajaba: SI  1, No  2, Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna  1, ISSSTE  3, SEDENA  5, Seguro Popular  7, IMSS  2, PEMEX  4, SEMAR  6, IMSS PROSPERA  10, Se ignora  99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud  1, IMSS  3, PEMEX  5, SEMAR  7, Hospital General Iguala [Redacted], Unidad médica pública  8, Unidad médica privada  9, Via pública  10, Otro lugar  12

14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Iguala

15.1 Tipo de viabilidad: Interior

15.2 Nombre de la viabilidad: Centro

15.5 Tipo de asentamiento humano: Iguala

15.6 Nombre del asentamiento humano: Iguala

15.8 Localidad: Iguala

15.9 Municipio o delegación: Iguala

15.10 Entidad federativa: Guerrero

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI  1, No  2, Se ignora  9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI  1, No  2

19. Descripción de la enfermedad o lesión que produjo la muerte: [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

21.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 hora

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de la enfermedad? SI  1, No  2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI  1, No  2

21.4 ¿Se practicó necropsia? SI  1, No  2

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS: Si  1, No  2

22.1 Fue un presunto: Accidente  1, Homicidio  2, Suicidio  3, Se ignora  9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI  1, No  2, Se ignora  9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  0, Área deportiva  3, Calle o carretera (vía pública)  4, Escuela u oficina pública  2, Área comercial o de servicio  5, Se ignora  9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7.1 Tipo de viabilidad: [Redacted]

22.7.2 Nombre de la viabilidad: [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted]

22.7.4 Núm. Interior: [Redacted]

22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted]

22.7.7 Código Postal: [Redacted]

22.7.8 Localidad: [Redacted]

22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted]

22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]

23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Luis Orosio Pérez

24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1, Médico legista  2, Otro médico  3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4, Autoridad civil  5, Otro  8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: SI  1, No  2

27. NOMBRE: Luis Orosio Pérez

28. DOMICILIO Y TELÉFONO: [Redacted]

29.1 Tipo de viabilidad: Centro

29.2 Nombre de la viabilidad: Centro

29.3 Exterior: [Redacted]

29.4 Núm. Interior: [Redacted]

29.5 Tipo de asentamiento humano: Iguala

29.6 Nombre del asentamiento humano: Iguala

29.7 Código Postal: [Redacted]

29.8 Localidad: Iguala

29.9 Municipio o delegación: Guerrero

29.10 Entidad federativa: Guerrero

29.11 Teléfono: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

32.1 Localidad: [Redacted]

32.2 Municipio o delegación: [Redacted]

32.3 Entidad federativa: [Redacted]

32.4 Día: [Redacted]

32.5 Mes: [Redacted]

32.6 Año: [Redacted]

DATOS PERSONALES DEL FALLECIDO Y DEL CERTIFICANTE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



400

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA LOCALIDAD: IGUALA ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: IGUALA (LOCALIDAD) IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: ANA MA. SANCHEZ JAIMES NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED] 25

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] MUNICIPAL

ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] O. IGUALA, GUERRERO

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] A CENTRO. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 64

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: COMERCIANTE

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: PROL. BENITO JUAREZ 145. COL. JUAN N. ALVAREZ. IGUALA, GRG. OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

[REDACTED] DECLARANTE

[REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL [REDACTED] LIC. [REDACTED]

FIRMA [REDACTED]

SELLO DE LA OFICINA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRG. OFICINA DEL REGISTRO CIVIL



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS Haremos Historia

901

Número Recibo [Redacted]  
Versión 3.3

Serie AM  
Folio [Redacted]

Tipo de Comprobante Ingreso  
Fecha [Redacted]

Lugar de Expedición [Redacted]

Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. [Redacted]

Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente [Redacted]  
R.F.C. XAXX010101000

Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto  
INHUMACIONES  
SERIE N FOLIO 2487

ANT. MPAL.

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
3161700	1.0	C62	LOTE	4143-02-001 INHUMACIONES	101.75	0.00	101.75
3161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	15.26	0.00	15.26
<b>SubTotal</b>							117.01
<b>Descuento</b>							0.00
<b>Total Comprobante</b>							117.01

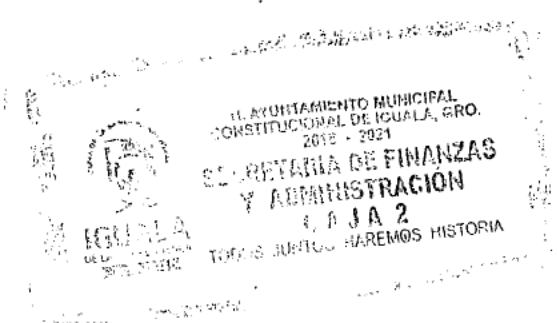
Importe con Letra:  
CIENTO DIECISIETE PESOS 01/100 M.N.)

Código Fiscal UUID [Redacted]

Código de Serie del C [Redacted]

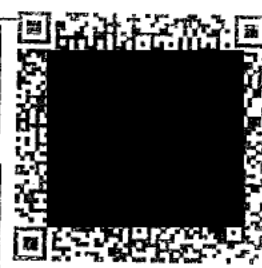
Fecha y Hora de C [Redacted]

LA REPUBLICA  
INVESTIGACIÓN  
A EL CASO  
PA



Link del SAT: [Redacted]

rdLrGnXSaaQuqM5XTY38dZi9jeJ0EgdRcCQEzShz7V+Y5ghoejzhG3xkGk50SnPxx5/fyPqcvDvZugGa5gQt+oxv7PQOT+srSNAq+H20ZV6XFWs1fksh86e1KL9Cp  
ChQd5L4gvaFLbh49VD3OWPKXf3EYLxh4aHVFVmitX5nsVoEYzPr516sBx9CsLmU+USTVjIS0cJd2CXhJGuQdj24e0wQq9D0dH1GoSkhqfBXMDkY0zAoL.LZZ1G  
dHWYATK6SMo1cEocZlgChlucufUxo0+o+pE3deg2G4UntnAroytKFJqzSqP6/KBBvcPd2jvRH1kPNHlbT9ng==



adena Original del complemento de certificación digital del SAT:

.1j6fbc45c9-69d6-43b3-ac53-60b68acb4d6c2019-03-19T09:48:01|CfygzsyAKH6PIDqGIU3sc3BgeyNvyGcYwPnBjoHNzig0RjhRU5ZDsBMnY5oOMY6Zv73S  
GGRfi3ppJZM0a4iifxgIK7EVOppJunBPLOVWGuRU1Yi482+5k4gMbmYqK2TVPoPCdE742G6ItvKB9k1SpJdIrq1CdAXn7n4rF+0oTCdGjH7m+GARq3lv+2yT1ITopK  
lzNo1eTC1X14jv5oWw9fM8hGQaiJs30gppnMV19AysyUjINITCPN20HVe8D4Tvt2nmiwexuEFYxn8f1JFgaz2iAJ9EXrBisWLF6AakIAuw9efaaodpMyvbIQcVD+OB0

Art. 110  
Frac. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Frac. I  
LFTAIP  
Motivación 2





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS Haremos Historia

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA 2018-2021

Serie AM

Folio

Tipo de Comprobante Ingreso

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado 00001000000400593517

Número Recibo

Versión 3.3

EMISOR

Nombre MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

R.F.C. MII850101U71

Régimen Fiscal 603-Personas Morales con Fines no Lucrativos

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI P01-Por definir

DATOS GENERALES

Moneda MXN-Peso Mexicano

Forma de Pago 01-Efectivo

Condiciones de Pago

Método de Pago PUE-Pago en una sola exhibición

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL. SERIE N FOLIO 2488

SALVADOR REYES ALBARRAN LOTE 247 1RA. SECC. 1RA. AMP. PANT. MPAL.

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
33 161700	1.0	C62	LOTE	4149-01-009-113 APERTURA DE FOSA P/SEPUL.EN PANTEON ANT.MPAL.	251.31	0.00	251.31
33 161700	1.0	C62	LOTE	2117-09-0005 15% DE CONTRIBUCION ESTATAL	37.70	0.00	37.70
<b>SubTotal</b>							289.01
<b>Descuento</b>							0.00
<b>Total Comprobante</b>							289.01

Importe con Letra:

(CIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 01/100 M.N.)

Folio Fiscal UUID

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación 19/03/2019 09:45:30 AM

LA REPUBLICA INVESTIGACION EL CASO

MUNICIPIO MUNICIPAL INSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO. 2015 - 2021 SECRETARIA DE FINANZAS Y ADMINISTRACION CAJA 2 TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

Código digital del CFDI:

2Juz7WnmGR3OUhGZdjMR+SqpOIP0dzORBxi0+EngpP+5Qp68XqZLWBLNFD+z0tRUDl0cJxViJUnuXa45VJclPd22bYfBNK09qpDWTQvx9/IGSvKQKIEA0bmYUwfyQYdcmX1qf0haS/K5uVXJ5CEzRqLfnpi0TqHwT4sHdTP1BG0fHCKnWmxxVntyXAZBPCPBdaPrHSTGIaw4zHHGsvNpH3s3XC3bDi9C5QbxJ8V86WUXBOzx9cj5slTm3SX/29llkWcTWxLsFnIOdiWd9L1m18WT/vpFHOFWP6sR85lum2LhB7IBiWB70n7a4CrJ7sQqRIQRXXX70g==

Código del SAT:

yywLa1BJsTJxwo3VKNWkgwH/EsU8kezCilxD0aa3QyJAOWRrYIR4I4QfO1QdWCmMehPeU7Lxu7Rv2M1jlb53/g05GExH8Nlab/fIELsECXu0h3JZvl3BwKAD74QcJlVzJzqM950y4+ExaHxd1ZpVYVQP/nSEM25YN2a5SuyZcPLCuf2NgNwX1KJJQYILH2+sxWEKAWA9xkdmEM5CBxPwDyJjiOGthDn71VOW27AvuZIT0Xu7XoT6AwwzqlvcKKfPk68718pY2ubC0+sj8ikpMw26gLXJM14UxLG2Fwx+Uu5v6M1runpumj0kCE/4rwYwXZxmg+2l75dLIQ==

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

1.1[595ba02d-46b9-46a1-a5dd-a4706b7ebc1e]2019-03-19T09:45:30L2Juz7WnmGR3OUhGZdjMR+SqpOIP0dzORBxi0+EngpP+5Qp68XqZLWBLNFD+z0tRUDl0cJxViJUnuXa45VJclPd22bYfBNK09qpDWTQvx9/IGSvKQKIEA0bmYUwfyQYdcmX1qf0haS/K5uVXJ5CEzRqLfnpi0TqHwT4sHdTP1BG0fHCKnWmxxVntyXAZBPCPBdaPrHSTGIaw4zHHGsvNpH3s3XC3bDi9C5QbxJ8V86WUXBOzx9cj5slTm3SX/29llkWcTWxLsFnIOdiWd9L1m18WT/vpFHOFWP6sR85Nlum2LhB7IBiWB70n7a4



Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



Dra. María de Jesús Fuentes Salazar

MEDICA FAMILIAR  
POSTGRADUADA EN EL IMSS Y EN LA UNAM  
CED. PROF. 1976490 CERTIFICADA POR LA: FENACOME



903

Nombre: Salvador Reyes Albarran

Fecha: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Temp. \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

Rp. El Sr. [redacted] de [redacted] años cumplidos.

Padecía I [redacted]  
Desnutrición. Falleció el [redacted] de 2019 a las 05:00 AM.

Se constar para fines que convengan.

Atte

[redacted signature]

CEL. 733 125 00 43



A REPÚBLICA  
VESTIGACIÓN  
EL CASO

4

**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEE LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Formulario 1  
7/03/87

904

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DEBILITADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b>		[REDACTED]	
<b>3. SEXO</b>		Hombre <input type="radio"/> 1    Mujer <input checked="" type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>5. CURP</b>		[REDACTED]	
<b>6. EDAD CUMPLIDA</b>		Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años [REDACTED]	
<b>8. HABLADA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b>		Sí <input type="radio"/> 1    No <input checked="" type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>7. NACIONALIDAD</b>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1    Otra <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>9. ESTADO CONYUGAL</b>		Supuesto(a) <input type="radio"/> 6    Viudo(a) <input type="radio"/> 7    Casado(a) <input type="radio"/> 8 En unión libre <input type="radio"/> 3    Divorciado(a) <input type="radio"/> 4    Soltero(a) <input type="radio"/> 5    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>10. RESIDENCIA HABITUAL</b>		Permanente donde vivía el fallecido (a): <u>CALLE</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>COLONIA</u> 10.3 Núm. Exterior: [REDACTED]    10.4 Núm. Interior: [REDACTED] 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 10.7 Localidad: <u>IGUALA</u> 10.8 Municipio o delegación: <u>IGUALA</u> 10.9 Entidad federativa o país (si resultó en el extranjero): <u>GUERRERO</u>	
<b>11. ESCOLARIDAD</b>		Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1    Preescolar <input type="radio"/> 12    Primaria <input type="radio"/> 3    Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7    Profesional <input type="radio"/> 8    Posgrado <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1    Incompleta <input type="radio"/> 2	
<b>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b>		Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1    ISSSTE <input type="radio"/> 3    SEDENA <input type="radio"/> 5    Seguro Popular <input type="radio"/> 7    Otra <input type="radio"/> 11 IMSS <input type="radio"/> 2    PEMEX <input type="radio"/> 4    SEMAR <input type="radio"/> 6    IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10    Se ignora <input type="radio"/> 99	
<b>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b>		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1    IMSS <input type="radio"/> 3    PEMEX <input type="radio"/> 5    SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2    ISSSTE <input type="radio"/> 4    SEDENA <input type="radio"/> 6    Otra unidad pública <input type="radio"/> 8    Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: [REDACTED] 14.2 Tipo de vivienda: [REDACTED] 14.3 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED]	
<b>15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</b>		Calle: <u>CALLE</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>COLONIA</u> 15.2 Tipo de asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 15.3 Núm. Exterior: [REDACTED]    15.4 Núm. Interior: [REDACTED] 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 15.7 Código Postal: [REDACTED]    15.8 Localidad: <u>IGUALA</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>IGUALA</u> 15.10 Entidad federativa: <u>GUERRERO</u>	
<b>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</b>		Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</b>		Sí <input type="radio"/> 1    No <input type="radio"/> 2	
<b>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b>		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) [REDACTED]    Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>10 AÑOS</u> Código CIE: [REDACTED] b) [REDACTED]    c) [REDACTED]    d) [REDACTED] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existieron alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
<b>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</b>		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1    El parto <input type="radio"/> 2    El puerperio <input type="radio"/> 3 45 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4    No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
<b>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b>		22.1 ¿Fue un presunto accidente? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Fue un presunto suicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 ¿Fue un presunto homicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>22.1 ¿FUE UN PRESUNTO ACCIDENTE?</b>		22.1.1 ¿Fue un presunto accidente? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.1.2 ¿Fue un presunto accidente? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.1.3 ¿Fue un presunto accidente? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>22.2 ¿FUE UN PRESUNTO SUICIDIO?</b>		22.2.1 ¿Fue un presunto suicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2.2 ¿Fue un presunto suicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2.3 ¿Fue un presunto suicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>22.3 ¿FUE UN PRESUNTO HOMICIDIO?</b>		22.3.1 ¿Fue un presunto homicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3.2 ¿Fue un presunto homicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3.3 ¿Fue un presunto homicidio? <input type="radio"/> 1    Sí <input type="radio"/> 2    No <input type="radio"/> 3    Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>22.4 Anote la relación que tenía el presunto asesinar con el(los) fallecido(s)</b>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
<b>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</b>		22.5 Descripción breve de la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [REDACTED]	
<b>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</b>		22.7.1 Tipo de vivienda: [REDACTED]    22.7.2 Nombre de la vivienda: [REDACTED] 22.7.3 Núm. Exterior: [REDACTED]    22.7.4 Núm. Interior: [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [REDACTED]    22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED] 22.7.7 Código Postal: [REDACTED]    22.7.8 Localidad: [REDACTED]    22.7.9 Municipio o delegación: [REDACTED]    22.7.10 Entidad federativa: [REDACTED]	
<b>23. NOMBRE</b>		Primer Apellido: [REDACTED]    Segundo Apellido: [REDACTED]    23.1 Nombre del fallecido(a): [REDACTED]	
<b>15. CERTIFICADA POR</b>		Médico tratante <input type="radio"/> 1    Médico legista <input type="radio"/> 2    Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4    Autoridad civil <input type="radio"/> 5    Otro <input type="radio"/> 6	
<b>17. NOMBRE</b>		Nombre(s): <u>DR. [REDACTED]</u> 17.1 Nombre del certificador: [REDACTED]	
<b>19. DOMICILIO Y TELÉFONO</b>		Calle: <u>CALLE</u> 19.1 Tipo de vivienda: <u>COLONIA EDUCADA</u> 19.2 Tipo de asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 19.3 Núm. Exterior: [REDACTED]    19.4 Núm. Interior: [REDACTED] 19.5 Tipo de asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 19.6 Nombre del asentamiento humano: <u>IGUALA</u> 19.7 Código Postal: [REDACTED]    19.8 Localidad: <u>IGUALA</u> 19.9 Municipio o delegación: <u>IGUALA</u> 19.10 Entidad federativa: <u>GUERRERO</u> 19.11 Teléfono: [REDACTED]	
<b>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</b>		31.1 Acto Núm.: [REDACTED]    31.2 Lugar y fecha de registro: [REDACTED]	
<b>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b>		32.1 Localidad: [REDACTED]    32.2 Municipio o delegación: [REDACTED]    32.3 Entidad federativa: [REDACTED]    32.4 Día: [REDACTED]    32.5 Mes: [REDACTED]    32.6 Año: [REDACTED]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110  
Fracc. V, VII  
LFTAIP  
Motivación 1

Art. 113  
Fracc. I  
LFTAIP  
Motivación 2

"PRIMERA AMPLIACIÓN"  
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Waf +  
01-04-2019

Iguala de la Independencia, Gro., a 31 de Marzo 2019

C. [REDACTED]  
EN COMANDO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	<u>26/03/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]	<u>26/03/2019</u>	[REDACTED]
[REDACTED]		
[REDACTED]		
[REDACTED]		
[REDACTED]		
[REDACTED]		

COPIAS

A REPUBLICA  
VESTIGACIÓN  
EL CASO

SEMANA DEL 25 AL 31 DE Marzo

ATENTAMENTE

[REDACTED]

ADMINISTRADOR

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

906

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Enidad federativa o país (si nació en el extranjero) Guerrero	
2. EDAD Años Meses Años [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CIVIL Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA PERMANENTE Abita el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]	
10.1 Tipo de vitalidad [Redacted]		10.2 Tipo de vitalidad [Redacted]		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior [Redacted]	
10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.8 Localidad Iguala		10.9 Municipio o delegación Iguala de la Independencia	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Guerrero		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12. INSTITUCIÓN DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.1 Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN? Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		14.2 Clase de institución (ES) Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DIFERILLO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]		15.1 Tipo de vitalidad [Redacted]		15.2 Tipo de vitalidad [Redacted]	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior [Redacted]		15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
15.7 Localidad Iguala		15.8 Localidad Iguala de la Independencia		15.9 Municipio o delegación [Redacted]	
15.10 Entidad federativa Guerrero		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) [Redacted] Debida a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debida a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debida a (o como consecuencia de) [Redacted] d) AFA		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS 20.1 ¿Responde si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> [Redacted] 20.2 ¿Responde si la muerte ocurrió en los últimos 11 meses previos a la muerte? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Asesinato <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]		22.5 La destitución fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vitalidad 22.7.2 Nombre de la vitalidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PAÍS DEL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO: [Redacted]		27. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
28. DIFERILLO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vitalidad 28.2 Nombre de la vitalidad 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano 28.6 Nombre del asentamiento humano 28.7 Código Postal 28.8 Localidad 28.9 Municipio o delegación 28.10 Entidad federativa		29.1 Tipo de vitalidad 29.2 Nombre de la vitalidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono [Redacted]	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: [Redacted]		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad 31.2 Municipio o delegación 31.3 Entidad federativa		32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: [Redacted]	

ENTRE EL ORIGINAL, LA COPIA (PROSA) Y LA COPIA (MEDI) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
 LOS MÉDICOS QUE REALICEN ESTE ACTO DEBERÁN PROFESIONARSE CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN  
 DE LA DEFUNCIÓN

Art. 110  
 Fracc. V, VII  
 LFTAIP  
 Motivación 1

Art. 113  
 Fracc. I  
 LFTAIP  
 Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

REGISTRO CIVIL

CABA610720MGRSRN02

907

OFICIALIA [REDACTED] LIBRO [REDACTED] FOLIO [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO [REDACTED]

LOCALIDAD IGUALA IGUALA GUERRERO MEXICO

ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE  MUJER

PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO MEXICO

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 12:15

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION  CREMACION  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] INDEPENDENCIA GRO.

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]  
B) [REDACTED]  
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

PROFESION [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 33

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: NEXAHUALCOYTL, NO. 23 COL. 20 DE NOVIEMBRE, IGUALA GRO. OCUPACION: [REDACTED] NTE

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

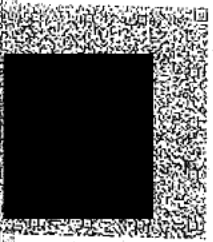
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

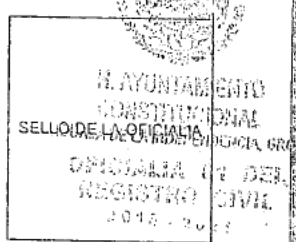
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



203500012019003120

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA





FGR

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
FISCALÍA ESPECIALIZADA EN  
MATERIA DE DERECHOS HUMANOS  
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y  
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA  
AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

908

DE LA REPÚBLICA  
E INVESTIGACIÓN  
RA EL CASO  
IAEA

CONSTANCIA DE CIERRE DE ACTUACIONES  
CORRESPONDIENTES AL TOMO NÚMERO 796

--- En la Ciudad de México, siendo el día Diecinueve de Agostos  
de dos mil diecinueve, el suscrito Licenciado [redacted] Agente del  
Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación  
para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos de la  
Fiscalía General de la República, quien con fundamento en los artículos 21 y 102 apartado A de la  
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los artículos artículo 16, 206 y  
208 del Código Federal de Procedimientos Penales, acompañado en forma legal con dos testigos  
de asistencia que al final firman para debida constancia de lo actuado: -----

-----HACE CONSTAR-----

--- Que siendo la fecha arriba indicada estando plenamente constituidos en las instalaciones  
que ocupa esta Unidad Especial de Investigación y Litigación para el Caso Ayotzinapa, se procede  
a cerrar el tomo consecutivo número 796 (Setecientos Noventa y Seis),  
mismo que consta de 908 (Novecientos Ocho) fojas, contabilizando  
la correspondiente a la presente constancia. Lo anterior es necesario para la debida  
integración y manejo del expediente de mérito. -----

----- C O N S T A N C I A -----

FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN  
TESTIGOS DE ASISTENCIA PARA EL CASO  
AYOTZINAPA

[redacted]

LIC. [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

LIC. [redacted]

[redacted]