

Ab



ril

2018

SALA DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
EN PARA EL CASO
N° 2018-00000000-00000000

2a. Ampliación
Panteón Mpal



DIRECCION DE PANTEONES

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

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 16 del mes Abril del 2018.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] 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:

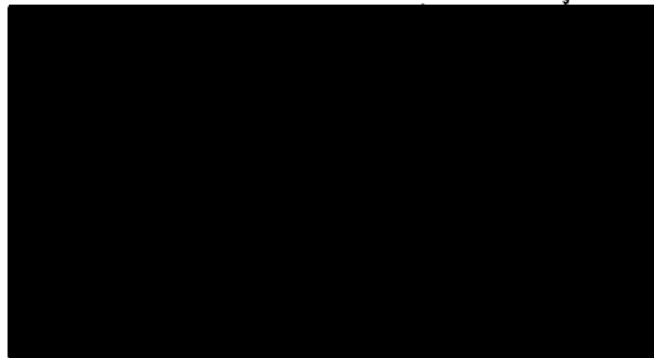
- 1 copia del certificado médico de defunción.
- 1 copia de la constancia de perpetuidad del panteón.
- 1 copia del acta de defunción.
- 1 copia del recibo de pago de inhumación y apertura de fosa
- 1 copia de la credencial de elector de quien realiza el trámite.

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

Con fecha límite de [redacted] días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.

DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO

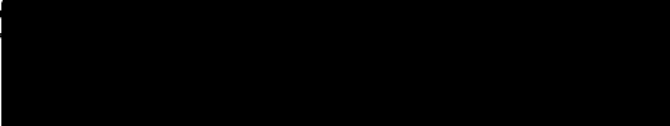


AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
INSTITUCION DEL GOBIERNO
PANTEONES
2015 - 2018



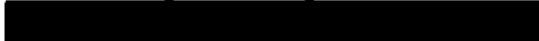
(733) 33 396 00 Ext. 150

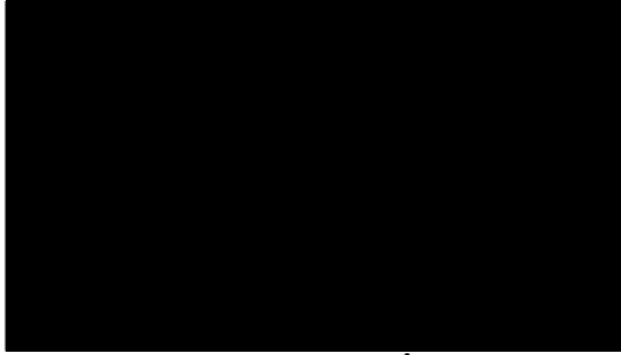
presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

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



Iguala Gro, a 6 abril de 2018.

Se autoriza al C.  La condonación del pago de Inhumación y Apertura de fosa, de la persona que en vida llevo el nombre de:  en el  Ampliación del panteón Antigua Municipal.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



SECRETARÍA DE JUSTICIA Y
FEDERACIÓN DE INSTITUCIONES
FEDERALES DE INVESTIGACIÓN
FEDERAL PARA EL CASO
DE TIZINAPA







DIRECCION DE PANTEONES

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

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 4 del mes ABRIL del 2018.

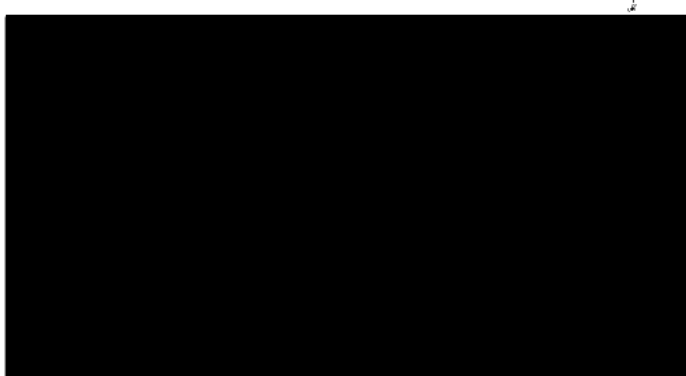
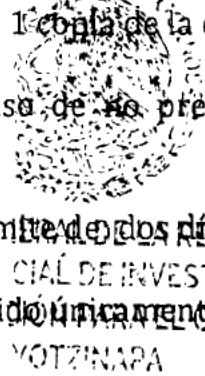
Se autoriza al  con domicilio  tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de  La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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 válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.
PANTEONES
13 - 2018

(733) 33 396 00 Ext. 150

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

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



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

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

424

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 3 del mes Abril del 2018.

Se autoriza a [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] [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 válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

ESTADO LIBRE SOBERANO DE GUERRERO
GOBIERNO MUNICIPAL
MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
SECRETARÍA DE FOMENTO Y DESARROLLO URBANO
DIRECCIÓN 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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Mayo

2018



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
ALCALDÍA DE INVESTIGACIONES
EN PARRICIDIO
TIZIMUCHO

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

431

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECIFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

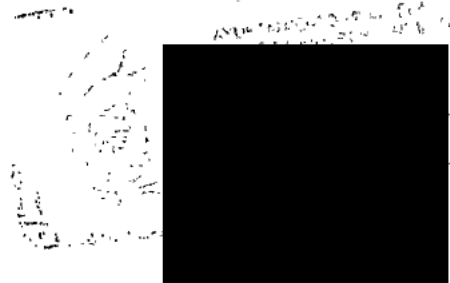
Letra: [Redacted]

SubTotal	[Redacted]
Descuento	[Redacted]
Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
Vo. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
VALLE DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
EN PARA EL CASO
[Redacted]



Nombre del Emisor [Redacted]
Nombre del Receptor [Redacted]

[Redacted]

Clave del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



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

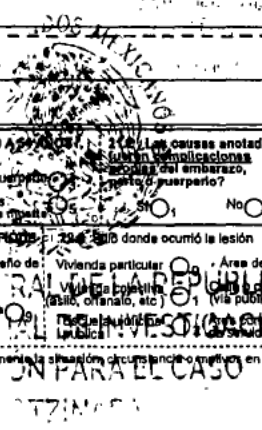
FOLIO

A32

INFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN AL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS POR LA LEY 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 9. ESTADO CONYUGAL 10. RESIDENCIA HABITUAL 11. ESCOLARIDAD 12. OCUPACIÓN MARITAL 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONES ANTES DE LA MUERTE? 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		10.1 Tipo de vitalidad 10.2 Nombre de la vitalidad 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 Delegación 10.10 Entidad federativa 11.1 La escolaridad seleccionada es: 11.2 Ocupación seleccionada es: 12.1 Trabajaba 13.1 Número de seguridad social o afiliación 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.1 Tipo de asentamiento humano 15.2 Nombre del asentamiento humano 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 Delegación 15.10 Entidad federativa 16.1 Día 16.2 Mes 16.3 Año 16.4 Horas 16.5 Minutos 17.1 Sí 17.2 No 17.3 Se ignora 18.1 Sí 18.2 No 18.3 Se ignora	
DE LA DEFUNCIÓN 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, estenias, 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 médica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 19.2 Código CIE 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva (rancho o parcela) Otro 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 evento 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 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	
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro 27. NOMBRE 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 Delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 28. FIRMA 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	



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 FORMACION



433

OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
FINADO: _____ SEXO: HOMB _____ MUJE _____
NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION _____ CREMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____
TIPO DE DEFUNCION: _____
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____
DECLARANTE
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
TESTIGOS
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.

SEAL DE LA REPUBLICA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
CIENTIFICAS Y ESTADISTICAS
COMISION PARA EL CASO
DE FALLECIDO

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMIR
EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____
SEAL DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
CIUDAD DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
20/10/2018

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

434

Número Recibo [Redacted]
Versión: 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

v.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Código Fiscal UUID [Redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



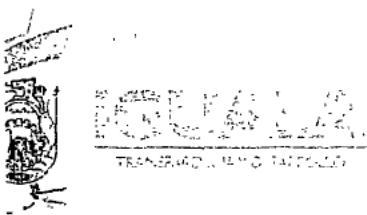
Código digital del CFDI: [Redacted]

Código del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



Iguala Gro, a 25 mayo de 2018.

Se autoriza a la 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 [REDACTED] del Panteón Municipal, el día [REDACTED].



ICL



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
JURÍDICA PARA EL CASO
CONSTITUCIONAL

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

436

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 SUJETOS OBLIGADOS 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 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"/> 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: _____ 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: _____	
	8.3 Peso (gramos): _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(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 Anoté el domicilio permanente 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 _____ País (si reside 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"/>			
12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 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 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"/> Unidad pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> MSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
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 _____ 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 Segundos				
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"/>				
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Escribir modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, 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 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"/> 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 _____	
	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"/>		22.3 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"/>	
	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) _____ 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 _____ Se ignora <input type="radio"/>	
	22.7 Anoté 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 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Se ignora <input type="radio"/>			
	DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legisla <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 _____		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre _____ Código CIE _____				
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 _____ 29.11 Teléfono _____				
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____/_____/_____ Día Mes Año				
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____			
	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

Art. 113

Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

437



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ FINADO: _____

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (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: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION LUGAR DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

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

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

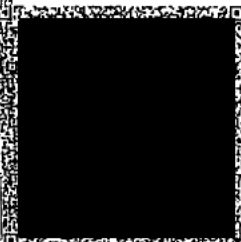
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

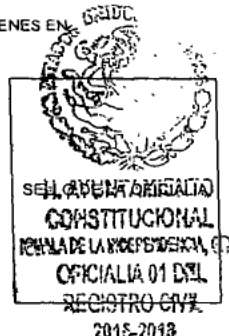
FIRMAS

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, EL C. OFICIAL NO. _____ DEL REGISTRO CIVIL, LIC. _____, QUIENES EN

QUIENES EN



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



Art. 140
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 140
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 2

Serie

Folio

Tipo de Comprobante

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Número Recibo

Versión 3.3

EMISOR

Nombre

R.F.C.

Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe

Importe con Letra:

SubTotal
 Descuento
 Total Comprobante

Folio Fiscal UUID

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación



ERAL DE LA REPÚBLICA
 TIAL DE INVESTIGACIÓN
 IÓN PARA EL CASO
 OTZINAPA

Caj

Sello digital del CFDI:

Sello del SAT

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT

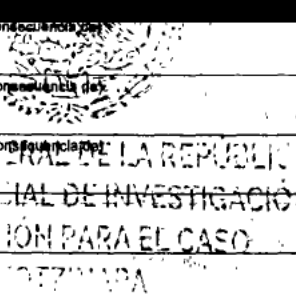
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

AMBITO DE APLICACION: LA LEY FEDERAL DEL REGISTRO CIVIL Y LA LEY FEDERAL DEL REGISTRO DE DEFUNCIÓN

439

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN Y TENENCIA DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

Formulario de certificado de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL INF., DEL CERTIFICANTE, and REG. CIVIL. Includes fields for name, sex, age, residence, cause of death, and registration details.



440



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :

OFICIO NÚM.: 7018

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 RESGISTRO CIVIL
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED], que en vida respondió al nombre de [REDACTED], de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [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, [REDACTED] haya lugar.



GENERAL DE LA REPUBLICA
CIÓN PARA EL CASO
MOTZIAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

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

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

442



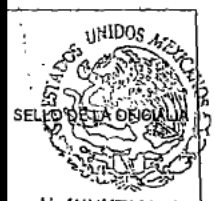
OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	
ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO	
SEXO: HOMBRE MUJER	
NOMBRE: NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO.	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO: (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)	
DOMICILIO HABITUAL: (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL:	
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	
NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION REMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES	



FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA P...
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU...

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL
LIC.



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

Art. 140
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

Art. 140
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 2



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

FOLIO

442

3 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	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ (extranjero) _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input type="checkbox"/> N _____ Se ignora <input type="radio"/>	
	5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> 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"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 5 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 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="checkbox"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMS <input type="checkbox"/> 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 SI <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 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 _____ 15.3 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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 a) _____ Debido a (o consecuencia de) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Intervento 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 a la muerte <input type="radio"/> 5		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"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	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 cametera (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/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				
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____ Número de la cédula _____	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Número de la cédula _____	
	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 _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA _____ Motivación 1 _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ Motivación 2 _____		



Art. 110
Fracc. V, V
LFTAI

Art. 113
LFTAI

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

443



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	FINADO
NOMBRE:		SEXO: HOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER:	PANTEON MUNICIPAL	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[Redacted area]

LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA



EL C. OFICIAL N.º DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [Redacted]

FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA

Junio

2018

PROFESORADO
CENTRAL DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE INVESTIGACIONES
JURIDICAS
COMISION PARA EL CASO
OTZINAPA

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CON 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

445

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 Mujer Se ignora

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

5. CURP [Redacted] Se ignora

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Especifique [Redacted]

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

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) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [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: [Redacted] Se ignora

11.2 Completa Incompleta 12.1 Trabajaba Sí No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEMAR Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica pública IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (C.U.E.S.) [Redacted]

Vía pública Hogar Otro lugar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]

15.1 Núm. Exterior [Redacted] 15.2 Núm. Interior [Redacted] 15.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.4 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.5 Código Postal [Redacted] 15.6 Localidad [Redacted] 15.7 Municipio o delegación [Redacted] 15.8 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año [Redacted] Horas 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 región. 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] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [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

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 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? Sí No

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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio 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 [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]

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 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 [Redacted] Nombre(s) [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 Localidad [Redacted] 29.8 Municipio o delegación [Redacted] 29.9 Entidad federativa [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO [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]

Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

446



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

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

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

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

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: [REDACTED]

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

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

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] LA REPUBLICA NACIONALIDAD: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

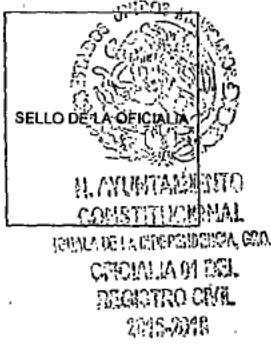
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

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 EN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIME

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



Art. 110
Fracc. V VII
LFTAIIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIIP
Motivación 2

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CON... 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

Formulario de certificado de defunción con campos numerados 1-34. Incluye secciones para datos personales, causas de defunción, lugar y fecha de registro, y datos del certificante y del registro civil. Incluye un sello circular de la Secretaría de Salud de Guerrero.



Art. 110

Art. 13

Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Fracc. I LFTAIP Motivación 2

448



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

UNIDAD INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN: [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 8420

ASUNTO: Se solicita Registro de Defunción.

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (23) VEINTITRES DIA(S) DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL DIECIOCHO

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
P R E S E N T E.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED], de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Fecha de Nacimiento: [REDACTED]

Estado civil: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Domicilio actual: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Lugar y fecha de muerte: [REDACTED]

Causa de muerte: [REDACTED]

Doctor que Dictamino: [REDACTED]

Inhumación: [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V,
LFTAIP
Motivación

113
cc. I
TAIP
Motivación 2



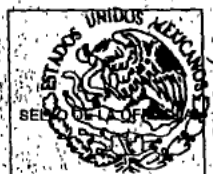
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

449



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
SEXO: HOMBRE MUJE	
NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:	

FIRMAS		
TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO EN EL MOMENTO DE SU FIRMADO, EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL		
 H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018 Art. 113		

0
Francia y Vil
L. 113



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

450



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

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

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

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

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

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

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [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 DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

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

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

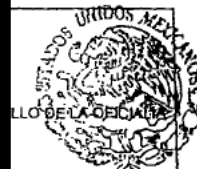
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

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



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

Art. 10
Fracc. VII
LFTAIP
Motivación 1

INTERESADO

LFTAIP
Motivación 2

ACTA DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

752

2º COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION
 1º COPIA (ROSA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. _____ Día 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 _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <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 _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra _____ Especifique _____ 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"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ de vialidad _____ y ciudad _____		
10.3 Núm. Exterior _____ 10.7 Código Postal _____	10.4 Núm. Interior _____ 10.8 Localidad _____	10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.9 Municipio o delegación _____
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" 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"/>		12. OCUPACION HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba _____ Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <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 _____
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 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 Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input checked="" type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 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 DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (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 DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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"/>		20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION 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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input 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"/>
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 DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Número _____
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 EL FALLECIDO Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. _____
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 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 DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL Núm. _____ 31.1 Acta Num. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Día _____ 32.3 Mes _____ 32.4 Año _____

Art. 110 ATENCION: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD
 Fracc. V, VII Art. 113
 LFTAIP Fracc. I
 Motivación 1 LFTAIP
 Motivación 2

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE

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. [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted]

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

7. NACIONALIDAD [Redacted] México 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 personas de un año o más: Meses [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Vido(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) [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.3 N.º Exterior [Redacted] 10.4 N.º Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] Asentamiento humano [Redacted] 10.6 Localidad [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Entidad federaliva 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 Se ignora 99 Completa Incompleta 11.1 La escolaridad seleccionada es. 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora 99 12.1 Trabajaba [Redacted] Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 1 PEXEMEX 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 2 PEXEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 3 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES) [Redacted] 14.3 Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.1 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.2 N.º Exterior [Redacted] 15.4 N.º Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] del 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 federaliva [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted]

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

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, asfexia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) 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]

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? 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 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 lugar 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, 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 N.º Exterior [Redacted] 22.7.4 N.º 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. [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

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

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

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

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

28. FIRMA [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.2 N.º Exterior [Redacted] 29.3 N.º Interior [Redacted] 29.4 N.º 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 federaliva [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [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 Fracc. I LFTAIP Motificación 1 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federaliva [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted] Motificación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

453



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A)	
B)	
C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES - PRESENTO REQUISITOS.	

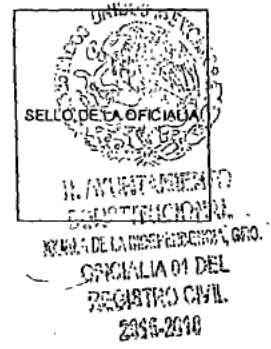
AL DE INVESTIGACION
DEL CASO

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, ELLOS INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMIERON

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL
LIC.



Iguala Gro, a 25 junio 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 la Ampliación del Panteón Municipal, el día [REDACTED]



MUNICIPAL
IGUALA, GRO
PANTEONES
013
SECRETARÍA



AL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
EN PARA EL CASO
EXAMINA



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

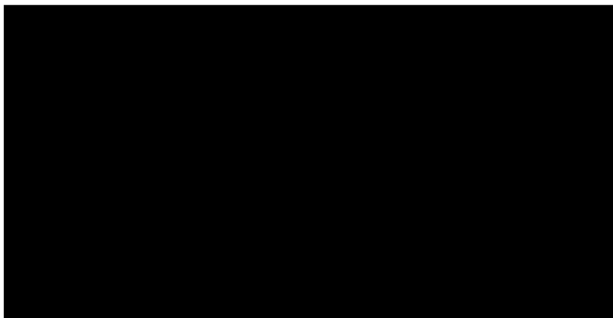
DIRECCION DE PANTEONES

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

455

Iguala Gro, a 25 de junio 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 [REDACTED] Ampliación del panteón Municipal, (el día 24 de junio de 2018).



MUNICIPAL
IGUALA, GRO.
IONES
2018
DESARROLLO



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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

456

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

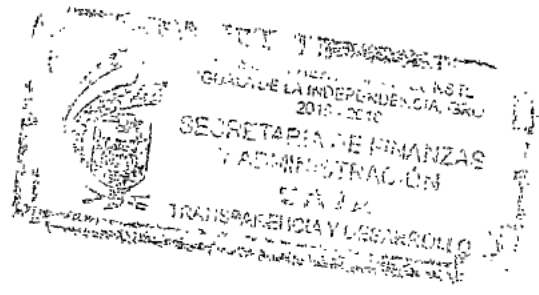
Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
SubTotal						[Redacted]	[Redacted]
Descuento						[Redacted]	[Redacted]
Total Comprobante						[Redacted]	[Redacted]

Moneda en Letra:

Código Fiscal UUID [Redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



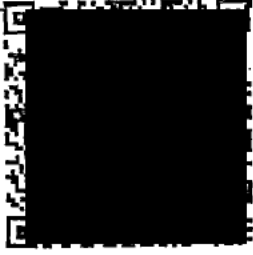
SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN
INVESTIGACIÓN PARA EL CASO



Código digital del CFDI:

Imagen digital del SAT: [Redacted]

Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

457



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECIFICOS DEL RECIBO

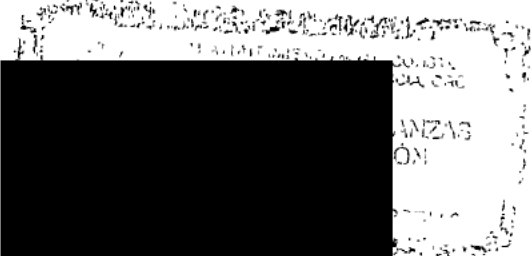
Concepto [Redacted]

Iv. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Importe con Letra: [Redacted]	SubTotal	[Redacted]
	Descuento	[Redacted]
	Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

PUBLICA
LICITACION
PARA EL CASO



Cajero [Redacted]
Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

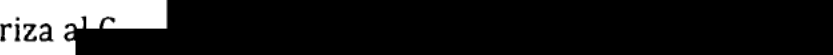

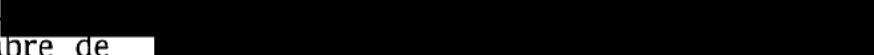
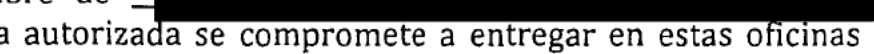
Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

C. P. 40000

458

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 30 del mes Junio del 2018.

Se autoriza al  con domicilio  tel. no.  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.

ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE LA REPUBLICA DE GUERRERO
AL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA
Y PROTECCION DEL PATRIMONIO CULTURAL
Y MONUMENTAL PARA EL CASO
DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA



(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

459

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 23 del mes Junio del 2018.

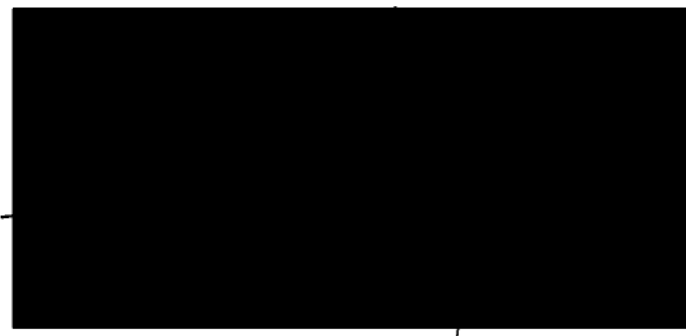
Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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 para el caso

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2015
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

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

460

Serie [Redacted]

Folio [Redacted]

Tipo de Comprobante [Redacted]

Fecha [Redacted]

Lugar de Expedición [Redacted]

Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]

R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]

R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]

Condiciones de Pago

Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Prod. Can.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
					SubTotal	[Redacted]
					Descuento	[Redacted]
					Total Comprobante	[Redacted]

n. de letra: [Redacted]

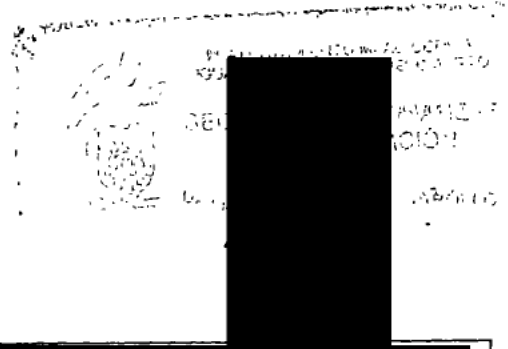
io Fiscal UUID [Redacted]

de Serie del Certificado SAT [Redacted]

ha y Hora de Certificación [Redacted]



RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ON PARA EL CASO
ATTMADA



cl digital del CFDI: [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

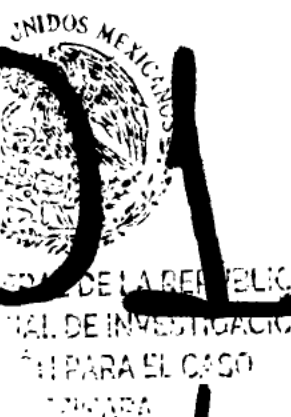
Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Julio

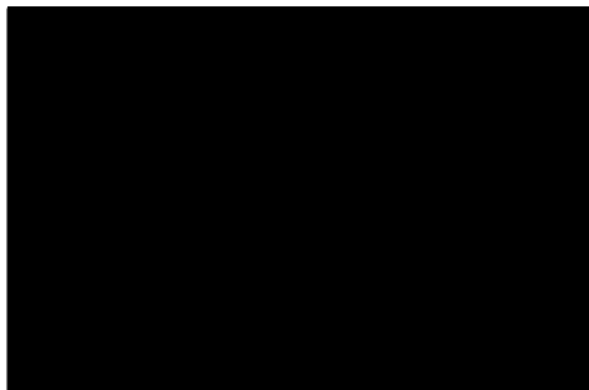
2018



2a. Ampliación
Panteón Mpal

Iguala Gro, a 9 julio de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] La condonación del pago de Apertura de fosa para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal, el día (8 de julio de 2018).



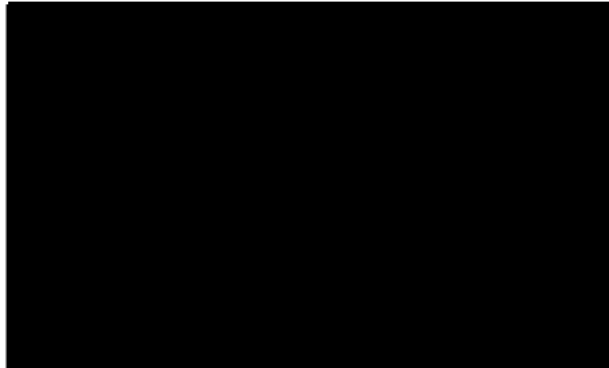
MUNICIPAL
IGUALA, GRO
IONES
2018
DESARROLLO



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Iguala Gro, a 02 julio 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 [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



MUNICIPAL
IGUALA, GRO
NES
018
DIRECCION DE PANTEONES



MINISTERIO FISCAL DE LA REPUBLICA
FISCALIA GENERAL DE INVESTIGACION
FISCALIA GENERAL PARA EL CASO
DE TAMPICO
TAMPICO, TAMPICO



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

464

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

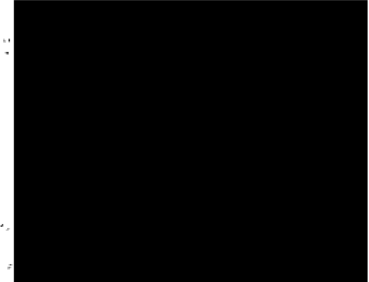
Importe con Letra: [Redacted]

SubTotal	[Redacted]
Descuento	[Redacted]
Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



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



Cajero [Redacted]

Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

465

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:							[Redacted]
						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

AL DE LA REPÚBLICA
L DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO



Cajero [Redacted]
Sello digital del CFDI:



Sello del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

466

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Importe con Letra: [Redacted]

SubTotal
Descuento
Total Comprobante

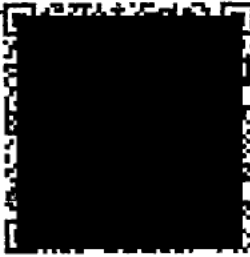
Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

RAL DE LA REPÚBLICA
AL DE INVESTIGACIÓN
ON PARA EL CASO
TZINARA

Cajero [Redacted]
Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

FOLIO

467

En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren y certifico que en el Libro Número del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja se encuentran asentados los datos siguientes:

ACTA DE DEFUNCION


CRIP -----
CURP - -----

OFICIAL IA	LIBRO No	ACTA No	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO O DELEGACION			ENTIDAD FEDERATIVA	

DATOS DEL FINADO

NOMBRE (S)			PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD DEL FINADO	
DOMICILIO: Calle, N.Int, N Ext, Col		LOCALIDAD	MUNICIPIO	
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL		

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION				LUGAR DE LA DEFUNCION	
TIPO DE LA MUERTE	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CIDUA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No		
NOMBRE DE EL CONYUGE	NOMBRE DE LA MADRE		NOMBRE DE LA MADRE		
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION,					
<p>  AL DE LA REPUBLICA AL DE INVESTIGACION ON PARA EL CASO TZINAPA </p>					



21/07/2018 09:36:24
FECHA DE EXPEDICION

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



CUERNAVACA



2017 Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

DEPENDENCIA: SECRETARIA DEL AYUNTAMIENTO

SECCIÓN: OFICIALÍA 01 DEL REGISTRO CIVIL.

NUM. DE OFICIO: ORC01

EXPEDIENTE:

Asunto: Traslado de cadáver.

OFICIAL ó JUEZ DEL REGISTRO CIVIL DE:

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

Presente.

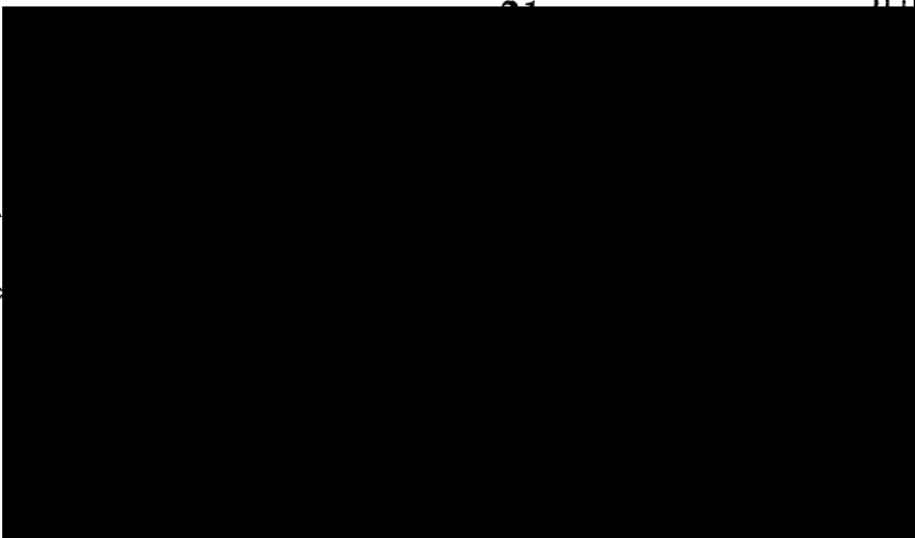
Adjunto al presente copia certificada del acta de defunción número [redacted] cadáver o cenizas del finado: [redacted] que previo cumplimiento de los requisitos que marca la ley va a trasladarse a ese lugar para su [redacted] en el panteón o crematorio [redacted]

Debiéndose cumplir previamente los requisitos que se establecen en los artículos 340, 341, 344 y demás relativos a la Ley General de Salud.

GENERAL DE LA REPUBLICA
SECRETARIA DE JUSTICIA
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE ECONOMIA
SECRETARIA DE EDUCACION
SECRETARIA DE ENERGIA
SECRETARIA DE FERIA Y COMERCIO
SECRETARIA DE GOBIERNO FEDERAL
SECRETARIA DE INTERIOR
SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA
SECRETARIA DE NEGOCIOS EXTERNOS
SECRETARIA DE PLANEACION ECONOMICA
SECRETARIA DE PROTECCION CIVIL
SECRETARIA DE TURISMO
SECRETARIA DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
SECRETARIA DE VIVIENDA Y OBRAS PUBLICAS
SECRETARIA DE CULTURA

[redacted] JULIO, 2018.

Al contestar este oficio, intente los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho.



SECRETARIA DEL AYUNTAMIENTO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

D / C.P. 62000 / TEL. 329.5500

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

[REDACTED]
MODALIDAD DEL TRÁMITE
[REDACTED]

LLENÉSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
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 DE CÉDULA PROFESIONAL
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO(S)

3.- DISPOSICIÓN DE CADAVERES HUMANOS

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> TRASLADO DE CADAVERES	[REDACTED] LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

4.- DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S), APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO			EDAD
SEXO	HORA Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	

5.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PARENTESCO	FIRMA DEL SOLICITANTE
-----------	------------------	------------------	------------	-----------------------

LUGAR Y FECHA: [REDACTED] REPUBLICA DE GUERRAVACA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y CONTROL SANITARIO
N PARA EL CASO

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA

SSM-01-001

PARA CUALQUIER ACLARACION, DUDA O COMENTARIO CON RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR A LA COMISIÓN PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DEL ESTADO DE MORELOS A LOS TELÉFONOS: 01(777) 3-18-16-98 Y 01(777) 3-18-66-41 EN LA CIUDAD DE CUERNAVACA O A LAS COORDINACIONES DE PROTECCIÓN SANITARIA DE SU LOCALIDAD: CUERNAVACA 01(777) 3-18-71-17, SOJÚTLA 01(734) 342-00-87; CUAUTLA 01(249) 352-04-98

RECEBIÓ
A 10/12/18 11:00 HRS
[REDACTED]

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

FOLIO

470

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 PARTICULARES
 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 Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
4. EN _____ Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Especifique _____	
7. NACIMIENTOS Máximo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Horas _____ Para menores de un año: Días _____ Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda: Interior <input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/> 10.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.3 Nombre de _____ 10.4 Nombre de _____ 10.5 Nombre de _____ 10.6 Nombre de _____ 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="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 12.1 Trabajaba _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
12. OCUPACIÓN LABORAL Se ignora <input type="checkbox"/> 99 12.1 Trabajaba _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 MSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
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 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 11 Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ humano _____ 15.5 Código Postal _____ 15.6 Localidad _____ 15.7 Municipio o delegación _____ 15.8 Entidad federativa _____	
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia-, 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) _____ 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 54 AÑOS 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 45 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 21.2. ¿Las causas anotadas involucran complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.3. ¿Las causas anotadas involucran el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.4. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.5. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.6. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.7. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.8. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.9. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.10. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.11. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.12. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.13. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.14. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.15. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.16. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.17. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.18. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.19. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.20. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.21. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.22. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.23. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.24. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.25. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.26. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.27. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.28. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.29. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.30. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.31. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.32. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.33. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.34. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.35. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.36. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.37. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.38. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.39. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.40. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.41. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.42. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.43. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.44. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.45. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.46. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.47. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.48. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.49. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.50. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.51. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.52. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.53. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.54. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.55. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.56. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.57. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.58. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.59. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.60. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.61. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.62. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.63. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.64. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.65. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.66. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.67. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.68. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.69. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.70. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.71. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.72. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.73. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.74. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.75. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.76. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.77. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.78. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.79. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.80. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.81. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.82. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.83. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.84. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.85. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.86. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.87. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.88. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.89. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.90. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.91. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.92. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.93. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.94. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.95. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.96. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.97. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.98. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.99. ¿Se practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.100. ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input 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"/> 8 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 0 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 1 Otro <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 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 _____	
22.7 Anote el día, hora y lugar donde se registró la lesión del presunto accidente _____ 22.7.1 Tipo de vitalidad _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad _____ 22.7.3 Núm. de la vitalidad _____ 22.7.4 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre de la vitalidad _____ 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 _____ Segundo Apellido _____ 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICANTE Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Persona autorizada por el Secretario de Salud <input type="checkbox"/> 1 Autorizado CIV <input type="checkbox"/> 3 Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vitalidad _____ 28.2 Nombre de la vitalidad _____ humano _____ 28.3 Número de la vitalidad _____ 28.4 Código Postal _____ 28.5 Municipio o delegación _____ 28.6 Localidad _____ 28.7 Municipio o delegación _____ 28.8 Entidad federativa _____ 28.9 Teléfono _____	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO _____ 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Lugar de registro _____ 30.2 Fecha de registro: Día _____ Mes _____ Año _____	



SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS
 COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
 SISTEMAS DE REGISTRO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

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

471

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) [Redacted]	
2. [Redacted]	
3. SEXO: Homb <input type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/>	
4. EN [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CIUDA [Redacted]	
6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. NAC [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un año: Días [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] a [Redacted] vialidad	
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 type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparación <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 12.1 Trabajaba: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Círculo Único de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted] 14.3 Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted] vialidad [Redacted]	
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de habitación [Redacted] 15.6 Área del apartamento [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 (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) [Redacted] Debito a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debito a (o como consecuencia de) d) [Redacted] Debito a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UN MUJER DE 10 A 49 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió al presentarse en su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial (laser, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el: Ministerio Público con el acta número [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente [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 de la vialidad [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 CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud: Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted]	
27. NOMBRE [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: [Redacted] vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Tipo de habitación [Redacted] 29.4 Área del apartamento [Redacted]	
29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA: OFICIALIA O JUZGADO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	



Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

Serie [redacted]

Folio [redacted]

Tipo de Comprobante [redacted]

Fecha [redacted]

Lugar de Expedición [redacted]

Número de serie del Certificado [redacted]

472

Número Recibo [redacted]

Versión 3.3

EMISOR

Nombre [redacted]

R.F.C. [redacted]

Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]

R.F.C. [redacted]

Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [redacted]

Forma de Pago [redacted]

Condiciones de Pago [redacted]

Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

[redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Importe con Letra:

[redacted]

SubTotal
Descuento
Total Comprobante

Folio Fiscal UUID [redacted]

No. de Serie del Certificado SAT [redacted]

Fecha y Hora de Certificación [redacted]



Sello digital del CFDI:

[redacted]

Sello del SAT:

[redacted]

Una Original del complemento de certificación digital del SAT:

[redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, QUERRERO

473

Serie

Folio

Tipo de Comprobante

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Número Recibo

Versión 3.3

EMISOR

Nombre

R.F.C.

Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
------------	-------	---------	--------	-------------	-----------------	-----------	---------

Importe con Letra:

SubTotal
Descuento
Total Comprobante

Folio Fiscal UUID

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación

PROFESOR GENERAL DE LA REPUBLICA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
CONSEJO NACIONAL PARA EL CASO
MOTZINZAPPA

Cajero

Sello digital del CFDI:

Sello del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

475
474

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

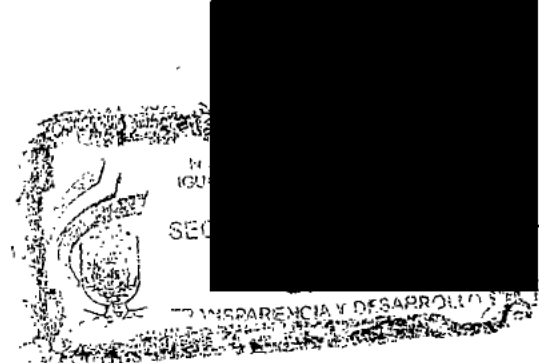
DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Civ.	Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:								
							SubTotal	[Redacted]
							Descuento	[Redacted]
							Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
"NADA"

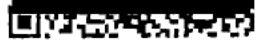


Cajero [Redacted]

Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

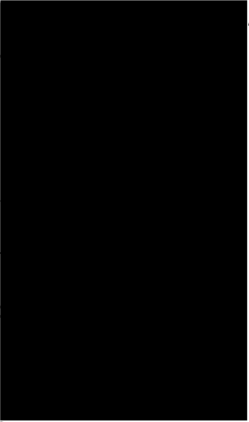
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

476
475

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 29 del mes JULIO del 2018.



Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] 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.

AL DE LA REPÚBLICA

Permiso válido para el caso de [redacted] abogado, domingo y días festivos.

IN PARA EL CASO
TZINAPA



H. 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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

477
476

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL

Tesorería Municipal de Iguala, Gro.



Tesorería Municipal
de Iguala, Gro.
Distrito de Hidalgo

Recibo Oficial

Nº

No.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

DIRECCION

GIRO O ACTIVIDAD

CONCEPTO DE INGRESO

ADQUISICION

NO. DE CUENTA

PERIODO PAGADO

BASE O CALIFICACION

CUOTA O TARIFA

I M P O R T E

PAGO BASE \$ 100,000.00 300-209

5% PRO-CAMINOS \$

15% ADICIONAL \$

RECARGOS \$

15% CONT-EDG \$ 38,000.00 500-505-8

MULTAS

OTROS

T O T A L \$ 138,000.00

TOTAL CON LETRA

OBSERVACIONES:

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
TESORERIA MUNICIPAL
IGUALA, GRO.

Iguala, Gro.

FORMULO

RECIBIO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

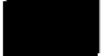
Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



478

477

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 19 del mes Julio del 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] 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 [REDACTED] dos días hábiles.

Permiso válido [REDACTED] sábado, domingo y días festivos.

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y FISCALÍA
PARA EL CASO
DE INHUMACIÓN




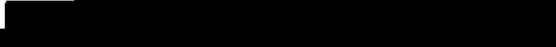
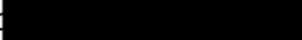
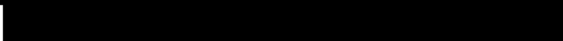
(733) 33 396 00 Ext. 150

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 

Iguala de la independencia, Gro., a 08 del mes Julio del 2018.

Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  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.


SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
TZNAPA



H. 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



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

480
479

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]



GENERAL DE LA REPÚBLICA
FEDERAL DE INVESTIGACIÓN
FEDERAL PARA EL CASO
FEDERAL TIZIMADA

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

ro [Redacted]
Sello digital del CEDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



480

DIRECCION DE PANTEONES

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

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a _____ del mes _____ del 201__.



Se autoriza al C. _____
domicilio _____
tel. no. _____ 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.

ESTADO DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
FINAPA



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
SECRETARÍA DE GOBIERNO
CALLE DE LA INDEPENDENCIA
C.P. 40000
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

(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 31 del mes Julio del 2018.

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] 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.



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



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

482

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

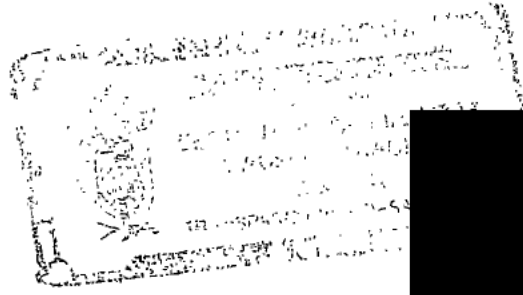
Concepto [Redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Importe con Letra: [Redacted]
SubTotal [Redacted]
Descuento [Redacted]
Total Comprobante [Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

LIBRO DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
[Redacted]



Cajero [Redacted]
Sello digital del CFDI: [Redacted]

[Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

483

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (DOS) Y LA COPIA (UNA) AL REGISTRO CIVIL DEL MUNICIPIO. 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)		3. SEXO		4. ENTIDAD	
2. CURP		5. EDAD CUMPLIDA		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA	
7. NACIONALIDAD		8. ESTADO CONYUGAL		9. ESTADO CIVIL	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN LABORAL	
13. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONES ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA		23. NOMBRE		24. PARÉNTESCO CON EL FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI		27. NOMBRE	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. FECHA DE REGISTRO	



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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Agosto

2018

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

485

ACTA DE DEFUNCION REGISTRO CIVIL

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 25 DE JULIO DE 2011 LEVANTADA POR EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL RESIDENTE EN IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

ACTA DE DEFUNCION

NOMBRE: [REDACTED]
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO
 SEXO: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS -- MESES -- DIAS -- HORAS
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED] CEBULA: [REDACTED] CERTIFICADO: [REDACTED]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 ANOTACIONES
 [REDACTED]

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 302 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO; EN IGUALA, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. A 3 DE AGOSTO DEL 2018, DOY FE.

COTEJO: [REDACTED]

LIC. [REDACTED]
NOMBRE Y FIRMA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

C. PROFRA. [REDACTED]
DIRECTOR DE PANTEONES
PRESENTE.

POR ESTE MEDIO INFORMO A USTED QUE LA (EL)
C. [REDACTED]
TIENE SUS DIFUNTOS EN EL LOTE FOSA COMUN MANZANA [REDACTED] DE LA
[REDACTED] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL, QUE SE
ENCUENTRA [REDACTED] SOBRE [REDACTED] DE
[REDACTED] EXTENDIENDOSE EL PRESENTE PARA LOS USOS Y FINES
LEGALES QUE AL INTERESADO CONVENGAN, EN LA CIUDAD DE
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ESTADO DE GUERRERO A LOS 26
DIAS DEL MES Julio DEL AÑO 2011

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DE LA SEGUNDA AMPLIACION
MUNICIPAL

REQUISITOS: PARA CONSTANCIA (POR EXTRAIVIO DE DOCUMENTOS)

- * COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR
- * COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO
- * 2 TESTIGOS CON COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

487



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

NOMBRE: _____ NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (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: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

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

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

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

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

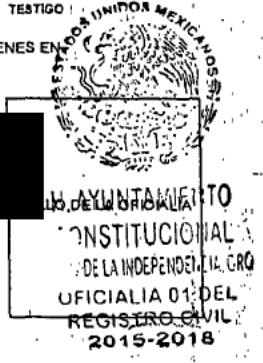
TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

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. _____ DEL REGISTRO CIVIL
LIC. _____

_____ FIRMA



Art. 10
Frac. 1
LFTAI
Motivación 1

INTERESADO

Art. 112
Frac. 1
LFTAI
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

488



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

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

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

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

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (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: [REDACTED]

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

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

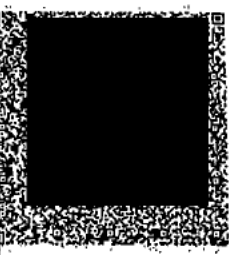
[REDACTED]

AL DE INVESTIGACION PARA EL CASO

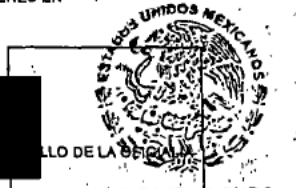
FIRMAS

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 N.º [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED]



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

Art. 10
Frac. I
LFTAI
Motivación 1

Art. 112
Frac. I
LFTAI
Motivación 2

INTERESADO

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]

Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]

Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
------------	-------	---------	--------	-------------	-----------------	-----------	---------

[Redacted]							
------------	--	--	--	--	--	--	--

Importe con Letra: [Redacted]

SubTotal [Redacted]
Descuento [Redacted]
Total Comprobante [Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES Y FRENTE PARA EL CASO

Cajero [Redacted]
Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]





FORMATO DE DEFUNCIÓN

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE DE REGISTRO E IDENTIDAD PERSONAL

JUZGADO No. [redacted] LIBRO No. [redacted] ACTA [redacted] LOCALIDAD [redacted] HORA [redacted] DIA [redacted] MES [redacted] AÑO [redacted]
MUNICIPIO [redacted] ENTIDAD FEDERATIVA [redacted]

NOMBRE [redacted] SEXO [redacted]
NACIONALIDAD [redacted] EDAD [redacted] ESTADO CIVIL [redacted] (PELLIDO) [redacted] FECHA DE NACIMIENTO [redacted]
OCUPACION [redacted] DOMICILIO [redacted]
LUGAR DE NACIMIENTO [redacted]
NOMBRE DEL CONYUGE [redacted] NACIONALIDAD [redacted]
NOMBRE DEL PADRE [redacted]
NOMBRE DE LA MADRE [redacted]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN [redacted] HORA [redacted]
LUGAR [redacted]
CAUSA(S) DE LA MUERTE
I a) [redacted]
b) [redacted]
c) [redacted]
II [redacted]
CERTIFICADO No. [redacted] TIPO DE MUERTE [redacted]
NOMBRE DEL MEDICO [redacted] CEDULA PROFESIONAL [redacted]
DOMICILIO [redacted]
DESTINO DEL CADAVER [redacted]
NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO [redacted]
UBICACION [redacted]

DECLARANTE

NOMBRE [redacted] NACIONALIDAD [redacted] EDAD [redacted] AÑOS [redacted]
OCUPACION [redacted] PARENTESCO [redacted]
DOMICILIO [redacted]

TESTIGOS

NOMBRE [redacted] NACIONALIDAD [redacted] EDAD [redacted] AÑOS [redacted]
OCUPACION [redacted] PARENTESCO [redacted]
DOMICILIO [redacted]
NOMBRE [redacted] NACIONALIDAD [redacted] EDAD [redacted] AÑOS [redacted]
OCUPACION [redacted] PARENTESCO [redacted]
DOMICILIO [redacted]

OBSERVACIONES:

[Large redacted area for observations]

FIRMAS LEIDA L... M... MES CON SU CONTENIDO... HUELLA DIGITAL. DOY FE...
TESTIGO [redacted] DECLARANTE [redacted]
JUEZ DEL REGISTRO D...
NOMBRE [redacted]

ORIGINAL
ATENDIOMERCEDESP

INTERESADO

491



ORDEN DE TRASLADO DE CADAVER

No. DE FOLIO [REDACTED]
ORDEN DE TRASLADO DE CADAVER



C. JUEZ DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE: [REDACTED] LOCALIDAD
[REDACTED] MUNICIPIO [REDACTED] ENT. FEDERATIVA

PRESENTE.

ADJUNTO A USTED COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCION INSCRITA EN EL JUZGADO No.

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

LOCALIDAD [REDACTED]

MUNICIPIO [REDACTED] CON FECHA DE

REGISTRO [REDACTED] DEL CADAVER QUE EN VIDA LLEVO EL NOMBRE
DIA MES AÑO

DE [REDACTED]

C.R.I.P. [REDACTED] DE SEXO [REDACTED] EDAD [REDACTED]

QUIEN SERA SEPULTADO O INCINERADO EN ESE LUGAR, POR TRASLADO QUE HACE FUNERALES :

[REDACTED]

SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL
FEDERAL DE LA REPUBLICA
PUEBLA FISCALIA DE INVESTIGACIONES DE
FISCALIA PARA EL CASO
OTZIHUAPA

EL C. JUEZ DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

JUEZ ABOGADO [REDACTED]
NOMBRE

ATENDIO: [REDACTED] ADMINISTRADOR DEL PANTEON

ORIGINAL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DIRECCION DE PANTEONES

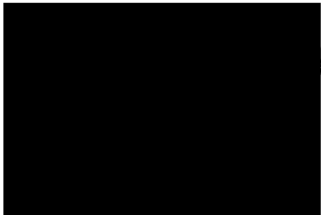
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2015 - 2018

492

Nº



de la independencia, Gro., a 11 del mes Agosto del 2018.



Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] 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.

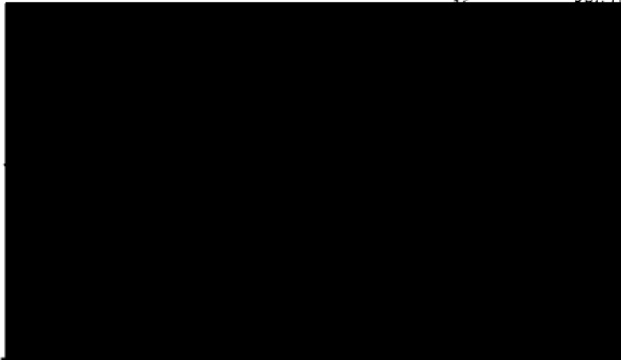
Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

GENERAL DE LA REPUBLICA
SOCIAL DE INVESTIGACION
ACION PARA EL CASO
AYOTZINAPUCA

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



(733) 33 396

50

presidencia@i
www.iguala.gob.mx

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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

493

Serie

Folio

Tipo de Comprobante

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Número Recibo

Versión 3.3

EMISOR

Nombre

R.F.C.

Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe

Importe con Letra:

SubTotal
Descuento
Total Comprobante

Folio Fiscal UUID

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación



SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES
BIOLÓGICAS
IN PARA EL CASO
DE ZINAPAZA



Sello digital del CFDI:

Sello del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR REA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

494

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL P.F.A. OBTENIENDO EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES
 Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 2. F. _____ Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____ (Si nació en el extranjero)	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) _____ 10.1 No. de la calle _____ 10.2 No. de la casa _____ 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 residió en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad actualizada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajo _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Tipo de habitación _____ 14.4 Hora _____ 14.5 Día _____ 14.6 Mes _____ 14.7 Año _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior _____ 15.2 Núm. Interior _____ 15.3 Tipo de asentamiento humano _____ 15.4 Código Postal _____ 15.5 Localidad _____ 15.6 Municipio o delegación _____ 15.7 Entidad federativa _____		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		17. ¿SE PRACTICÓ NECESARIAMENTE LA AUTOPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 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) _____ 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 _____		21.1 ¿FUE EMBAZARADA EN LOS ÚLTIMOS 11 MESES ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 Causa en el desempeño de: _____ 22.3 Sitio donde ocurre la lesión _____ 22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22.7 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.8 Localidad _____ 22.7.9 Municipio o delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____		22.8 Descripción breve de la lesión, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otra _____ 27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número _____ 28. F. _____ Día Mes Año		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Tipo de asentamiento humano _____ 29.4 Núm. Exterior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Municipio o delegación _____ 29.9 Entidad federativa _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Num. _____ 31.1 Acta Num. _____		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 _____		33. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____ Día Mes Año	

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

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



495

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Cty.	Prod.	Can.	Glv.	U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Importe con Letra: [Redacted]	SubTotal	[Redacted]
	Descuento	[Redacted]
	Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



AL DE LA REPÚBLICA,
L DE INVESTIGACIÓN
N PARA EL CASO



Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]

[Redacted]





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

2496

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:							[Redacted]
						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
AL DE LA REPÚBLICA
DEL DE INVESTIGACIÓN
FISCAL PARA EL CASO
DE [Redacted]

Emisor [Redacted]
Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

497

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]vo
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto
[Redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Importe con Letra:

[Redacted]

SubTotal	[Redacted]
Descuento	[Redacted]
Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
[Redacted]



Agajero [Redacted]

Sello digital del CFDI:



Sello del SAT:



Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 11237

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (20) VEINTE DIA(S) DEL MES DE AGOSTO DEL DOS MIL DIECIOCHO

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
PRESENTE.

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

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [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.

ATENTAMENTE
LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2
[REDACTED] LGO.

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



DIRECCION DE PANTEONES

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

Nº



ASUNTO: CONSTANCIA DE UBICACIÓN

C.P. [REDACTED]
DIRECTOR DE PANTEONES
PRESENTE.

POR ESTE MEDIO INFORMO A USTED QUE LA (EL) C. [REDACTED]
[REDACTED]
TIENE SUS DIFUNTOS EN: [REDACTED]
DEL PANTEON MUNICIPAL, QUE SE ENCUENTRA [REDACTED] SOBRE LA
[REDACTED] EXTENDIENDOSE EL PRESENTE PARA LOS USOS Y
FINES LEGALES QUE AL INTERESADO CONVENGAN EN LA CIUDAD DE IGUALA DE
LA INDEPENDENCIA DEL ESTADO DE GUERRERO A LOS 21 DIAS DEL
MES Agosto DEL AÑO 2018

ATENTAMENTE
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

C. ADMINISTRADOR DEL PANTEON

REQUISITOS PARA CONSTANCIA POR EXTRAVIO DE DOCUMENTOS:

- ❖ COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR
- ❖ COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO
- ❖ 2 TESTIGOS CON COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR
- ❖ COPIA DE ULTIMO RECIBO DE PAGO
- ❖ ACUDIR CON JUEZ DE PAZ A TRAMITAR ACTA DE EXTRAVIO

(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

500

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)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENT		5. EDUCACIÓN	
3. EDAD CUMPLIDA		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. TRABAJO		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
22. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO		24. PARIENTE PRÓXIMO CON EL(A) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR	
26. DOMICILIO Y TELÉFONO		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE		29. NOMBRE DEL CERTIFICANTE	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		33. FECHA DE REGISTRO	



ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE DE ENTREGAR ESTE DOCUMENTO A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

501



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN [REDACTED]

OFICIO NÚM.: 11235

ASUNTO: INFORME A REGISTRO
CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (20) VEINTE DIA(S) DEL MES DE
AGOSTO DEL DOS MIL DIECIOCHO

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 [REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE [REDACTED]
[REDACTED], DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]
EDAD: [REDACTED]
OCUPACIÓN: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
PADRES: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [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.

ATENTAMENTE

LA AGENTE [REDACTED] INTEGRAL 2
DEL D [REDACTED] GO.

LIC [REDACTED]

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



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

502

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv.:Prod.	Carit.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:							[Redacted]
						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

TRAL DE LA REPUBLICA
IAL DE INVESTIGACION
ION PARA EL CASO
OTZINAPA



ajero [Redacted]
Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

503

Número Recibo
Versión 3.3

Serie
Folio
Tipo de Comprobante
Fecha
Lugar de Expedición
Número de serie del Certificado

EMISOR

Nombre
R.F.C. Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente
R.F.C. Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda Forma de Pago
Condiciones de Pago
Método de Pago

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe

Importe con Letra:

SubTotal	
Descuento	
Total Comprobante	

Folio Fiscal UUID
No. de Serie del Certificado SAT
Fecha y Hora de Certificación



ajero

Sello digital del CFDI:

Sello del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



504

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)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. F. NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIÓ EN		Se ignora <input type="radio"/>			
8. EDAD CUMPLIDA	9. ESTADO CONYUGAL		Se ignora <input type="radio"/>				
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD					
12. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?	
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		28. DOMICILIO Y TELÉFONO		29. SI LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31. AÑO NÚM.		32. MUNICIPIO O DELEGACIÓN		33. ENTIDAD FEDERATIVA		34. DÍA, MES Y AÑO	

ESTE DOCUMENTO DEBE REENTREGERSE ORIGINALMENTE A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SOS

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Oficina [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Civ. Prod. Cont.	Civ. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Monto con Letra:						[Redacted]
					SubTotal	[Redacted]
					Descuento	[Redacted]
					Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

EL DE LA REPUBLICA
L DE INVESTIGACION
N PARA EL CASO
TEMINAPA

Código [Redacted]
Código digital del CFDI:

Fecha de SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

506

Serie

Folio

Tipo de Comprobante

Fecha

Lugar de Expedición

Número de serie del Certificado

Número Recibo

Versión 3.3

EMISOR

Nombre

R.F.C.

Régimen Fiscal

RECEPTOR

Cliente

R.F.C.

Uso del CFDI

DATOS GENERALES

Moneda

Forma de Pago

Condiciones de Pago

Método de Pago

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto

Clv.	Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe

Importe con Letra:

SubTotal
 Descuento
 Total Comprobante

Folio Fiscal UUID

No. de Serie del Certificado SAT

Fecha y Hora de Certificación



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 GOBIERNO FEDERAL
 SECRETARÍA DE ECONOMÍA
 SUBSECRETARÍA DE FISCALÍA
 DIRECCIÓN GENERAL DE IMPUESTOS EXTERNOY INTERNO
 VAL DE LA REPÚBLICA
 VAL DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 TETIAPAPA

Cajero

Sello digital del CFDI:

Sello del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

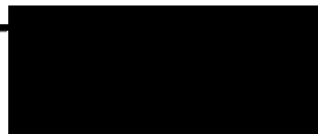
Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



507

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 21 del mes Agosto del 2018.

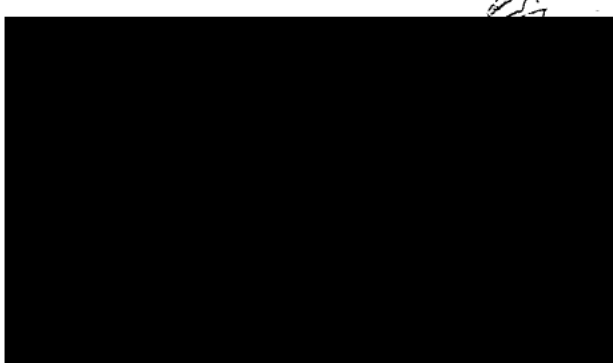
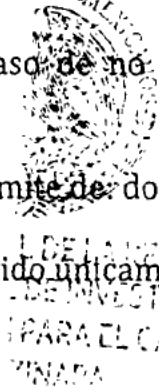
Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



H. 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

508



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 21 del mes Agosto

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] tel. no. [redacted] para 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.

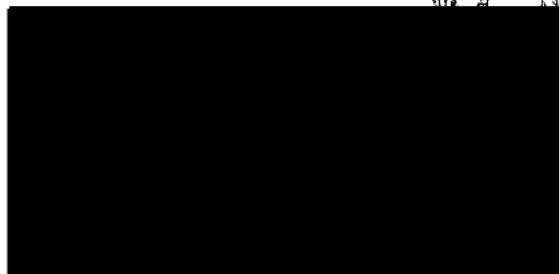
Nota: en caso de no presentar documentación, se procederá conforme a derecho.

Con fecha límite de dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. 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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

509



DIRECCION DE PANTEONES

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

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 21 del mes Agosto del 2018

Se autoriza al C. [redacted] con domicilio [redacted] 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 válido únicamente los días sábados, domingo y días festivos.

AL DE INVESTIGACIÓN
EN PARA EL CASO
TINAPA

H. 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

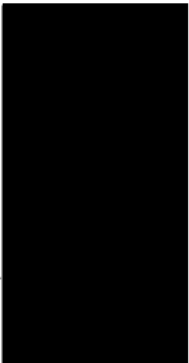
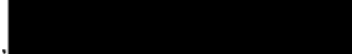

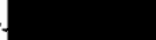
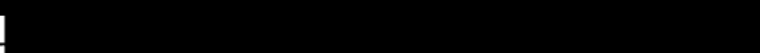
📍 **Palacio Municipal**
Vicente Guerrero No. 1
Col. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 21 del mes Agosto 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 válido únicamente sábado, domingo y días festivos.

 (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

Iguala de la independencia, Gro., a 18 del mes Agosto del 2018.

[Redacted] autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] l. no. [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió 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.



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

S12



SECRETARÍA DE SALUD
AGENCIA DE PROTECCIÓN SANITARIA DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y DE CUIDADOS PERSONALES
EN EL AEROPUERTO INTERNACIONAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SERVICIO DE TRÁMITES SANITARIOS

REGISTRO DE TRÁMITE SANITARIO

México D.F. a 8 de AGOSTO de 2018

Hora de expedición: 17:02

Tipo de Traslado: T/I Restos Áridos: ----- Órgano y/o Tejido: ----- N° de Trámite: [Redacted] Cenizas: -----

Datos del Finado: [Redacted] Edad: [Redacted] Sexo: [Redacted]

Fecha de Fallecimiento: [Redacted] Lugar de Fallecimiento: [Redacted]

Causa de Defunción: [Redacted]

Observaciones: -----

Procedencia: [Redacted] Destino: [Redacted]

Acta de Defunción N° [Redacted] Fecha de expedición: [Redacted]

Traducción: [Redacted] Visado: [Redacted]

Certificado de Embalsamamiento N° [Redacted] Fecha de expedición: [Redacted]

Permiso de Tránsito N° [Redacted] Fecha de expedición: [Redacted]

Traducción: [Redacted] Visado: [Redacted]

Apostillado No: [Redacted] Fecha de expedición: [Redacted]

Manifiesto de Carga: [Redacted] Aerolínea: [Redacted] No. De Vuelo: [Redacted]

Datos del Solicitante: [Redacted]

Nombre: [Redacted]

Tipo de Identificación: [Redacted]

Con fundamento en los Artículos 350 bis 1 y 375 fracciones V y VI de la Ley General de Salud; Artículos 100 fracciones II, III y IV, 102 fracciones I, II y III, 103 fracciones I y II, y 104 fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitaria de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, Artículo 110 Fr. I inciso i, 121 Fr. II y 160 de la Ley de Salud 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 y 2 del Convenio Internacional Relativo al Transporte de Cadáveres, Artículos 1, 18 fracción 2, 22 fracción 1 incisos c y g, fracción 2, artículo 23 fracción 1 inciso b, 57 inciso 2 fracción d, del Reglamento Sanitario Internacional, además
Convenio de la Haya de Derecho Internacional Privado, 1961.

[Redacted Signature Area] SOLICITÓ [Redacted]

Interior de la Aduana del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México
Tel. 57868012




df.gob.mx
salud.df.gob.mx

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Los datos personales recabados en esta forma son confidenciales y están sujetos a la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal, el artículo 11 de la Ley de Salud del Distrito Federal, el artículo 17 del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal y las personas físicas con actividades económicas de registro, inscripción y vigilancia sanitaria en el ámbito de competencia de la Dirección de Servicios de Salud y de Cuidados Personales para atender requerimientos hechos por ellas en el ámbito de sus atribuciones legales, deberán de avisar fehacientemente a la Dirección de Servicios de Salud y de Cuidados Personales para el Distrito Federal, para que se realicen los trámites correspondientes. Asimismo, se le informa que los datos no podrán ser utilizados sin la autorización expresa, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del sistema de datos personales es la M. en C. Elizabeth Terán y la dirección donde podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en la calle de Escamoteo 225, 5to. Piso, Colonia Tlalvía, Ciudad de México, Cód. Postal 06700, Distrito Federal.
El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asistencia sobre los derechos que otorga la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono: 5636-4636; correo electrónico: datos.personales@hhdff.org.mx o

SL3

Shipper's Name and Address [REDACTED]		Shipper's Account Number [REDACTED]		Not Negotiable / Issued by		 swacargo.com (800) 533-1222					
Consignee's Name and Address [REDACTED]		Consignee's Account Number [REDACTED]		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 Southwest Airlines' Contract of Carriage which is www.swacargo.com and any location where air waybills are available. Shippers attention is drawn to the terms of the contract which includes, among other things; (1) Limits on Carriers' liability for loss, damage, or delay of goods, including fragile or perishable goods; (2) Claim restrictions, including time within which shippers or consignees must file a claim or bring an action against the carrier for its acts or omissions or those of its agents; (3) Right of the carrier to change the terms of the contract; (4) Rules about refusal to carry; and (5) Rights of the carrier and limitations, concerning delay or failure to perform service, including schedule changes, rerouting, substitution of an alternate carrier or aircraft, or method of carriage including road unless specific contrary instructions are given hereon by shipper, and shipper agrees the shipment may be carried via intermediate stopping places the carrier deems appropriate. Shipper may increase liability limits by declaring a higher value for carriage and paying a supplemental charge, if required.							
Issuing Carrier's Agent Name and City				Accounting Information [REDACTED]							
Agent's IATA Code		Account No.		[REDACTED]							
Airport of Departure (Addr. of First Carrier) and Requested Routing [REDACTED]											
To	By First Carrier	To	By	To	By	Currency	CHGS Code	WT. VAL	Other	Declared Value for Carriage	Declared Value for Customs
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Airport of Destination		Flight Date		For Carrier Use Only		Flight Date		Amount of Insurance		INSURANCE - If carrier offers insurance, and such insurance is requested in accordance with the conditions thereof, indicate amount to be insured in figures in box marked "Amount of Insurance".	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
HANDLING INFORMATION -								[REDACTED]			
[REDACTED]								[REDACTED]			
No. of Pieces RCP	Gross Weight	kg lb	Rate Class	Commodity Item No.	Chargeable Weight	Rate / Charge	Total	Nature and Quantity of Goods (Inc. Dimensions or Volume)			
1	150.6	K	B	0091	174.5	1250.00	1,250.00	[REDACTED]			
1	150.6						1,250.00	SHC: HUM, HEA			
Prepaid		Weight Charge		Collect		Other Charges and Description					
1,250.00		[REDACTED]		[REDACTED]		MPC 0.00 SCC 0.00					
Valuation Charge		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]					
0.00		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]					
RECONOCIMIENTO ADUANERO								[REDACTED]			
ADMINISTRACION GENERAL								[REDACTED]			
ADUANA DEL AEROPUERTO INTERNACIONAL DE LA CIUDAD DE MEXICO								[REDACTED]			
RESTOS HUMANOS								[REDACTED]			
Total Other Charges Due Agent								[REDACTED]			
Total Other Charges Due Carrier								[REDACTED]			
Shipper certifies that the particulars on the face hereof are correct and that the consignment contains dangerous goods, such part is properly packaged and labeled in accordance with the applicable Dangerous Goods Regulations. This shipment shall be subject to search by the Carrier.								[REDACTED]			
Signature of Shipper or his Agent								[REDACTED]			
Total Prepaid		Total Collect		[REDACTED]							
1,250.00		[REDACTED]		[REDACTED]							
Currency Conversion Rates		CC Charges in Dest.Currency		[REDACTED]							
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]							
For Carriers Use only at Destination		Charges at Destination		Total Collect Charges		[REDACTED]					
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]					

ORIGINAL 3 (FOR SHIPPER)

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

S14

STATE OF ILLINOIS

SECRETARY OF STATE

COUNTRY OF DESTINATION: [REDACTED]

APOSTILLE (Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: [REDACTED]

This public document

2. has been signed by [REDACTED]

3. acting in the capacity of [REDACTED]

4. bears the seal/stamp of [REDACTED]

5. at [REDACTED]

7. by [REDACTED]

8. No. [REDACTED]

9. Seal/Stamp :

Certified
OFFICE DE LA REPOBLICA
PARATE CASO
ZINAPA

10. Signature:

[REDACTED SIGNATURE]



SECRETARY OF STATE
STATE OF ILLINOIS

This Apostille only certifies the signature and the seal or stamp it bears. It does not certify content of the document for which it was issued.

THIS APOSTILLE IS NOT VALID WITHIN THE UNITED STATES OF AMERICA

Printed on recycled paper. Printed by authority of the State of Illinois. October 2017 - 80M - 1168.4

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

S15

STATE OF ILLINOIS



SECRETARY OF STATE

COUNTRY OF DESTINATION: [REDACTED]

APOSTILLE (Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: [REDACTED]

This public document

2. has been signed by [REDACTED]

3. acting in the capacity of [REDACTED]

4. bears the seal/stamp of [REDACTED]

5. at [REDACTED]



6. the [REDACTED]

7. by [REDACTED]

8. No. [REDACTED]

9. Seal/Stamp :

EL DE LA REPUBLICA
DE LA REPUBLICA
PARA EL CASO
ZIMBABWE

10. Signature: [REDACTED]

[REDACTED]

SECRETARY OF STATE
STATE OF ILLINOIS



This Apostille only certifies the signature and the seal or stamp it bears. It does not certify content of the document for which it was issued.

THIS APOSTILLE IS NOT VALID WITHIN THE UNITED STATES OF AMERICA

Printed on recycled paper. Printed by authority of the State of Illinois. October 2017 — 80M — 1168.4

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICATION OF DEATH RECORD

COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS
CHICAGO, ILLINOIS
MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

S16

STATE FILE NUMBER [REDACTED] DATE ISSUED [REDACTED]

DECEDENT'S LEGAL NAME [REDACTED] SEX [REDACTED] DATE OF DEATH [REDACTED]

COUNTY OF DEATH [REDACTED] AGE AT LAST BIRTHDAY [REDACTED] DATE OF BIRTH [REDACTED]

CITY OR TOWN [REDACTED] HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME [REDACTED]

PLACE OF DEATH [REDACTED]

BIRTHPLACE [REDACTED] SOCIAL SECURITY NUMBER [REDACTED] STATUS AT TIME OF DEATH [REDACTED] SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S MAIDEN NAME [REDACTED] EVER IN U.S. ARMED FORCES? [REDACTED]

RESIDENCE [REDACTED] APT. NO. [REDACTED] CITY OR TOWN [REDACTED] INSIDE CITY LIMITS? [REDACTED]

COUNTY [REDACTED] STATE [REDACTED] ZIP CODE [REDACTED] FATHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED] MOTHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED]

INFORMANT'S NAME [REDACTED] RELATIONSHIP [REDACTED] MAILING ADDRESS [REDACTED]

METHOD OF DISPOSITION [REDACTED] PLACE OF DISPOSITION [REDACTED] LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE [REDACTED] DATE OF DISPOSITION [REDACTED]

FUNERAL HOME [REDACTED]

FUNERAL DIRECTOR'S NAME [REDACTED] FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER [REDACTED]

LOCAL REGISTRAR'S NAME [REDACTED] DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR [REDACTED]

CAUSE OF DEATH - PART I

IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death)

a. [REDACTED] Due to (or as a consequence of)

b. [REDACTED] Due to (or as a consequence of)

c. [REDACTED] Due to (or as a consequence of)

PART II: Enter other significant conditions contributing to death or resulting in the underlying cause given in PART I. [REDACTED]

WAS AN AUTOPSY PERFORMED? [REDACTED]

WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH? [REDACTED]

MANNER OF DEATH [REDACTED]

FEMALE PREGNANCY STATUS [REDACTED]

DATE OF INJURY [REDACTED] TIME OF INJURY [REDACTED] PLACE OF INJURY [REDACTED] INJURY AT WORK? [REDACTED]

LOCATION OF INJURY [REDACTED]

DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED [REDACTED] IF TRANSPORTATION INJURY - SPECIFY [REDACTED]

ATTEND THE DECEASED? [REDACTED] DATE LAST SEEN ALIVE [REDACTED] WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? [REDACTED] DATE [REDACTED] TIME OF DEATH [REDACTED]

CERTIFIER [REDACTED] DATE OF SIGNATURE [REDACTED]

NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH [REDACTED] PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER [REDACTED]

WHEN PHOTOCOPIED THE WORD VOID APPEAR



This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with the Illinois Department of Public Health

[REDACTED]

Cook County Clerk

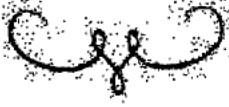


ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Ocwieja-Robles Funeral Home



Embalming Report



being duly sworn, depose and say, I am the Director/Authorized representative of duly licensed undertakers and embalmers by the Department of Health in the State of Illinois, U.S.A.

The human remains said to be [redacted] who died on [redacted] at [redacted] the cause of death as listed on the death certificate is [redacted]

The above mentioned decedent was prepared and embalmed in the following manner for shipment and burial in [redacted]

The remains were thoroughly washed with disinfectant soap solution and all body orifices cleansed, packed and treated with disinfectant. Injection of three gallons of standard arterial fluid took place and concentrate cavity fluid was employed to preserve abdominal and thoracic cavities. Embalming fluid Dodge, 4 bottles of Introsiant Arterial and 3 bottles Dodge Permifix Cavity Fluid of 16 ounces in each bottle. I state in particular that the deceased was not suffering from an infectious or communicable disease. The remains have been placed in a casket which is sealed in an airtight unit. The casket has been placed into an accepted/standard airline container required for International Shipment/transportation of human remains. I also state that the casket contains only human remains of the above named deceased. The remains were embalmed by a duly licensed embalmer in accordance with the customary practices, rules and regulations of the Department of Health of the State Of Illinois. A transcript of the death certificate from the State of [redacted] showing the cause of death is attached.

Funeral [redacted]

[Large redacted area covering several lines of text]



S18

Illinois Department of Public Health Division of Vital Records			REPORT OF DEATH FUNERAL DIRECTOR	
NAME OF DECEASED [REDACTED]			DATE OF DEATH [REDACTED]	
PLACE OF DEATH (STREET OR INSTITUTION) [REDACTED]	CITY [REDACTED]	COUNTY [REDACTED]	VETERAN <input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
PLACE OF DISPOSITION (NAME AND LOCATION OF CEMETERY, CREMATORY) [REDACTED]				
<input checked="" type="checkbox"/> CREMATION <input checked="" type="checkbox"/> SHIP OUT OF STATE <input type="checkbox"/> CORONER OR MEDICAL EXAMINER [REDACTED]				
NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN WHO WILL SIGN DEATH CERTIFICATE [REDACTED]				
I CERTIFY I HAVE CONTACTED THE PHYSICIAN AND HE/SHE WILL SIGN DEATH CERTIFICATE.				
SIGNED [REDACTED]			FUNERAL DIRECTOR	
FUNERAL HOME NAME AND ADDRESS [REDACTED]				

PART 1

Illinois Department of Public Health Division of Vital Records			PERMIT FOR DISPOSITION OF DEAD HUMAN BODY	
NAME OF DECEASED [REDACTED]			DATE OF DEATH [REDACTED]	
PLACE OF DEATH (STREET OR INSTITUTION) [REDACTED]	CITY [REDACTED]	COUNTY [REDACTED]	VETERAN <input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
PLACE OF DISPOSITION (NAME AND LOCATION OF CEMETERY, CREMATORY) [REDACTED]				
<input checked="" type="checkbox"/> CREMATION <input checked="" type="checkbox"/> SHIP OUT OF STATE <input type="checkbox"/> CORONER OR MEDICAL EXAMINER [REDACTED]				
NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN WHO WILL SIGN DEATH CERTIFICATE [REDACTED]				
I CERTIFY I HAVE CONTACTED THE PHYSICIAN AND HE/SHE WILL SIGN DEATH CERTIFICATE.				
SIGNED [REDACTED]			FUNERAL DIRECTOR	
FUNERAL HOME NAME AND ADDRESS [REDACTED]				
REGISTRAR SIGNATURE [REDACTED]	DIST NO. [REDACTED]	DATE PERMIT ISSUED [REDACTED]		
REGISTRAR ADDRESS [REDACTED]				

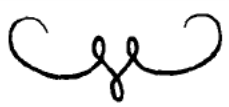
PART 2

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



Ocwieja-Robles Funeral Home



Traducción al Español del: Illinois Department of Public Health Division of Vital Records Report of Death Funeral Director: Permiso de Traslado Internacional

Numero de Permiso: [Redacted] Fecha de Defunción: [Redacted]
Nombre del Difunto: [Redacted] En Militar: [Redacted]
Lugar de Defunción: [Redacted] Ciudad: [Redacted] Condado: [Redacted]
Lugar Destino del Cadaver: [Redacted]

Cremación Enviar fuera del estado Resquisidor/a Examinador Medico

Si algunas de estas preguntas están marcadas Este permiso tiene que estar firmada por el registro Local antes del Disposición del cadaver.

Nombre y dirección del medico que firma la Acta de Defunción: [Redacted]

Yo certifico que yo me he comunicado con el Medico y el/ella va firmar la Acta de Defunción

Firma del Director de Funerales: [Redacted]
Nombre y Dirección del Funeraria: [Redacted]

Firma de Registrador/a: [Redacted] Numero del Distrito: [Redacted]
Fecha en que el Permiso fue concedido: [Redacted]
Dirección del Registro Local: [Redacted]

Yo, [Redacted] el documento adjunto de Ingles a Español y que esta [Redacted]

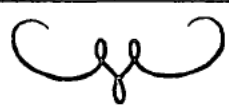
[Redacted] Fecha [Redacted]

El 05 de 11/02/08 de 2018 conozco personalmente, se presento ante mi y firmo llevo a cabo. Oficina de Traducción





Ocwieja-Robles Funeral Home



[Redacted]

Yo [Redacted], debidamente juramentado, depono y dice, yo soy el director / representante autorizado de empresarios de pompas fúnebres y embalsamadores debidamente autorizadas por el Departamento de Salud en el Estado de Illinois, EE.UU.

Los restos humanos dice que [Redacted] quien falleció el [Redacted] en [Redacted]

la causa de la muerte como aparece en el certificado de defunción es [Redacted]

El difunto se ha mencionado anteriormente se preparó y embalsamado de la siguiente manera para el envío y el entierro en [Redacted]

Los remains se lavaron a fondo con una solución de jabón desinfectante y todo el cuerpo orificios limpios, embalados y tratados con desinfectante. La inyección de tres galones de fluido arterial estándar se llevó a cabo y se empleó fluido de la cavidad concentrado para preservar las cavidades abdominales y torácicas. Líquido de embalsamar de Dodge 4 botellas de botellas Introfiant arterial y 3 Esquiva Permafix líquido de 16 onzas en cada botella.

Asociación de Embalsamadores del AICM
Oficina de Trámites Internacionales del AICM

Declaro, en particular, que el difunto no estaba sufriendo de una enfermedad infecciosa o contagiosa. Los restos se han colocado en un ataúd que se sella en una unidad hermética. El ataúd fue colocado en un recipiente aerolínea aceptado / estándar requerido para el envío internacional / transporte de restos humanos. También declaro que el ataúd contiene sólo los restos humanos de los fallecidos antes mencionado.

Los restos fueron embalsamados por un embalsamador debidamente autorizado de conformidad con las prácticas consuetudinarias, normas y regulativos del Departamento de Salud del Estado de Illinois. Se adjunta una transcripción del certificado de defunción expedido por el Estado de Illinois que muestra la causa de la muerte.

Director de funeraria y embalsamador [Redacted]

Está [Redacted]

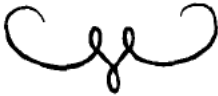
Jura [Redacted]

notario público





Oewieja-Robles Funeral Home



Traducción al Español del: Illinois Department of Public Health Division of Vital Records Report of Death Funeral Director: Permiso de Traslado Internacional

Numero de Permiso: [Redacted] Fecha de Defunción: [Redacted]
Nombre del Difunto: [Redacted] En Militar: [Redacted]
Lugar de Defunción: [Redacted] Ciudad: [Redacted] Condado: [Redacted]
Lugar Destino del Cadáver: [Redacted]

Cremación Enviar fuera del estado Resquisidor/a Examinador Medico

Si algunas de estas preguntas están marcadas Este permiso tiene que estar firmada por el registro Local antes del Disposición del cadaver.

Nombre y dirección del medico que firma la Acta de Defunción: [Redacted]

Yo certifico que yo me he comunicado con el Medico y el/ella va firmar la Acta de Defunción

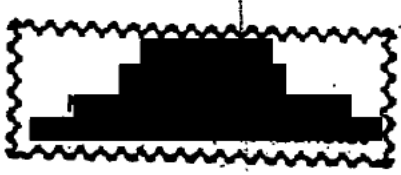
Firma del Director de Funerarias: [Redacted]
Nombre y Dirección del Funeraria: [Redacted]

Firma de Registrador/a: [Redacted] Numero del Distrito: [Redacted]
Fecha en que el Permiso fue conctado: [Redacted]
Dirección del Registro Local: [Redacted]

Yo, [Redacted] LE PARA EL CASO [Redacted] documento adjunto de Ingles a Español y que esta t [Redacted]

[Redacted] Fecha [Redacted]

El 05 de Agosto 2018 [Redacted]
conozco personalmente se presento ante mi y fi [Redacted]
llevo a cabo. [Redacted]



OFICINA DE TRAMITACIONES
[Redacted]



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

522

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

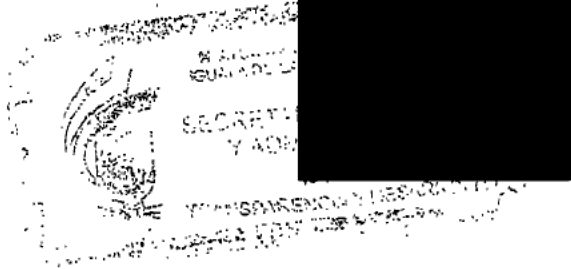
Concepto [Redacted]

Civ.	Prod.	Cant.	Civ.	U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra: (CIENTO TRECE PESOS 01/100 M.N.)								SubTotal	[Redacted]
								Descuento	[Redacted]
								Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



ERAL DE LA REPÚBLICA
IAL DE INVESTIGACIÓN
IÓN PARA EL CASO



jero [Redacted]

Sello digital del CFDI: [Redacted]

Sello del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv. Prod.	Cart.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]							[Redacted]
Importe con Letra:							[Redacted]
						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

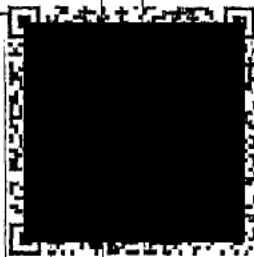


Cajero [Redacted]
Sello digital del CFDI:

[Redacted]

Sello del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



Serie [redacted]
Folio [redacted]

Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]

Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]

Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Importe con Letra: [redacted]

SubTotal [redacted]
Descuento [redacted]
Total Comprobante [redacted]

Folio Fiscal UUID [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]

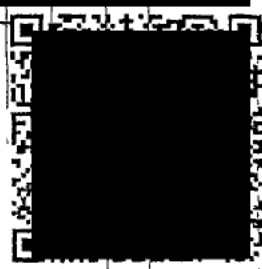
SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
FISCAL PARA EL CASO
FISCAL

IMPAL 889
INDEPENDENCIA
2013
DE FINA
TRACIÓ
JA
Y DESAR

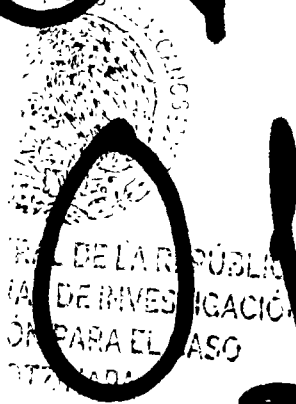
Procedero [redacted]
Sello digital del CFDI: [redacted]

Sello del SAT: [redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [redacted]



Noviembre
2018



2a. Ampliación
Panteón Mpal.

526

Iguala Gro, a 26 de noviembre de 2018.

Se autoriza a la C. [REDACTED] la condonación del pago de Apertura de fosa, para la inhumación del cuerpo de la persona quien vida llevo el nombre de: [REDACTED] en [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

BIENESTAR MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
- 2021
HAREMOS HISTORIA

DIRECCIÓN DE PANTEONES



SECRETARÍA DE JUSTICIA Y EGEMONÍA
FEDERAL DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
FISICA Y QUIMICAS PARA EL CASO
POTZINAPA



AeroUnion



FAXED
9/28

527

Human Remains Acceptance Certificate

In compliance with AeroUnion Security and Policy, we

_____ [redacted] _____ [redacted] certify that no foreign objects are inside the coffin.

We as the Funeral Home, will take full responsibility for any legal matter or penalties in the event that authorities at destination finds any kind of foreign object that should not go inside.

"ONLY THE HUMAN REMAINS ARE ALLOWED INSIDE THE COFFIN. ALL PERSONAL EFFECTS MUST BE SENT SEPARATELY"



_____ [redacted]

_____ [redacted]

Print Name _____
_____ [redacted]

INTERNATIONAL AIRPORT
MEXICO CITY

Aerounion ◊ O'Hare International Airport ◊ 616 S. Access Road ◊ Chicago, IL 60666
Tel. 773-686-9300 Fax 773-686-9301

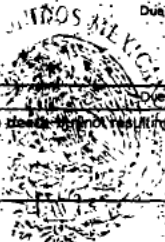
Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

**COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS
CHICAGO, ILLINOIS
MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH**

528

STATE FILE NUMBER [REDACTED]		DATE ISSUED [REDACTED]	
DECEDENT'S LEGAL NAME [REDACTED]		SEX [REDACTED]	DATE OF DEATH [REDACTED]
COUNTY OF DEATH [REDACTED]	AGE AT LAST BIRTHDAY [REDACTED]	DATE OF BIRTH [REDACTED]	
CITY OR TOWN [REDACTED]		HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME [REDACTED]	
PLACE OF DEATH [REDACTED]			
BIRTHPLACE [REDACTED]	SOCIAL SECURITY NUMBER [REDACTED]	STATUS AT TIME OF DEATH [REDACTED]	SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S MAIDEN NAME [REDACTED]
			EVER IN U.S. ARMED FORCES? [REDACTED]
RESIDENCE [REDACTED]	APT. NO. [REDACTED]	CITY OR TOWN [REDACTED]	INSIDE CITY LIMITS? [REDACTED]
COUNTY [REDACTED]	STATE [REDACTED]	ZIP CODE [REDACTED]	FATHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED]
		MOTHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION [REDACTED]	
INFORMANT'S NAME [REDACTED]		RELATIONSHIP [REDACTED]	MAILING ADDRESS [REDACTED]
METHOD OF DISPOSITION [REDACTED]	PLACE OF DISPOSITION [REDACTED]	LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE [REDACTED]	DATE OF DISPOSITION [REDACTED]
FUNERAL HOME [REDACTED]			
FUNERAL DIRECTOR'S NAME [REDACTED]		FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER [REDACTED]	
LOCAL REGISTRAR'S NAME [REDACTED]		DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR [REDACTED]	
CAUSE OF DEATH - PART I IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) a. [REDACTED] Due to (or as a consequence of): b. [REDACTED] Due to (or as a consequence of): c. [REDACTED] Due to (or as a consequence of): [REDACTED]			
PART II: Enter other significant conditions contributing to death, but not resulting in the underlying cause given in PART I.			APPROXIMATE INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH [REDACTED]
			WAS AN AUTOPSY PERFORMED? [REDACTED]
			WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH? [REDACTED]
FEMALE PREGNANCY STATUS [REDACTED]			MANNER OF DEATH [REDACTED]
DATE OF INJURY [REDACTED]	TIME OF INJURY [REDACTED]	PLACE OF INJURY [REDACTED]	INJURY AT WORK? [REDACTED]
LOCATION OF INJURY [REDACTED]			
DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED: [REDACTED]			IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: [REDACTED]
ATTEND THE DECEASED? [REDACTED]	DATE LAST SEEN ALIVE [REDACTED]	WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? [REDACTED]	DATE PRONOUNCED [REDACTED]
			TIME OF DEATH [REDACTED]
CERTIFIER [REDACTED]			DATE CERTIFIED [REDACTED]
NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH [REDACTED]			PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER [REDACTED]



AL DE INVESTIGACION
EN PARA EL CASO



This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with the Illinois Department of Public Health.

[REDACTED]

Cook County Clerk



ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

THE WORD VOID APPEARS WHEN PHOTOCOPIED

529.

Illinois Department of Public Health Division of Vital Records		PERMIT FOR DISPOSITION OF DEAD HUMAN BODY	
NAME OF DECEASED [REDACTED]		DATE OF DEATH [REDACTED]	
PLACE OF DEATH (STREET OR INSTITUTION) [REDACTED]	CITY [REDACTED]	COUNTY [REDACTED]	VETERAN <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
PLACE OF DISPOSITION (NAME AND LOCATION OF CEMETERY, CREMATORY) [REDACTED]			
<input type="checkbox"/> CREMATION		<input type="checkbox"/> SHIP OUT OF STATE	
<input type="checkbox"/> CORONER OR MEDICAL EXAMINER			
NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN WHO WILL SIGN DEATH CERTIFICATE [REDACTED]			
I CERTIFY I HAVE CONTACTED THE [REDACTED] DATE [REDACTED]		FUNERAL DIRECTOR [REDACTED]	
FUNERAL HOME NAME AND ADDRESS [REDACTED]			
GISTRAR SIGNATURE [REDACTED]	DIST NO. [REDACTED]	DATE PERMIT ISSUED [REDACTED]	
REGISTRAR ADDRESS [REDACTED]			

PART 2

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



S30

BURIALS • CREMATIONS • NATIONAL • INTERNATIONAL
Caring, Personalized & Professional Services

Reporte de Fallecimiento de la funeraria-
Permiso de Transito de Cadáver o Cenizas

27 de Septiembre, 2018

Departamento de Salud Públicas

División De Archivo Vitales

Nombre del difunto: [redacted]
Fecha De Fallecimiento: [redacted]
Edad: [redacted] Raza/Origen: [redacted]
Lugar de Fallecimiento: [redacted] Ciudad: [redacted]
Condado: [redacted]
Veterano De Fuerza Armadas/Guerra: [redacted]
Lugar de Sepultura o Cremación: [redacted]
Fecha de Sepultura o Cremación: [redacted]
¿Traslado fuera del País? [redacted]
Nombre de la Persona que certifica el certificado de defunción:
[redacted]
Firma electrónica del director: [redacted]
Numero de licencia: [redacted]
Nombre de la funeraria: [redacted]

CON PARA EL CASO

Yo, [redacted] certifico que lo mencionado es una versión exacta del certificado de traslado y sepultura en ingles. Yo soy competente en ambas idiomas para poder certificar y rendir tal traducción.

[redacted] Translator Name- signature
I, [redacted] certify that this document is translated in Spanish. I am competent in both the English and the Spanish language to do such translation.

State of Illinois, County of Cook- Before me, the undersigned notary public on this day, personally appeared to me known, who being duly sworn according to law, deposes the following.

this 27th day of September, 2018

[redacted] Notary Public My Commission Expires: [redacted]



Serving all of Chicago and surrounding communities
2744 W. 51st Street Chicago, IL 60632 24 Hour Ph. (773) 436-2746 Fax (773) 436-4766



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



531

BURIALS • CREMATIONS • NATIONAL • INTERNATIONAL
Caring, Personalized & Professional Services

EMBALMING LETTER

September 27, 2018

This letter of embalming is to certify the remains of [REDACTED], was embalmed by me [REDACTED]. To certify this letter I followed the procedures, rules and regulations for the State of Illinois, County of [REDACTED], The Illinois Funeral Directors Association and [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Gabriel Solano Bahena passed away on [REDACTED] His cause of death was due to [REDACTED]
He will be buried at the Local Cemetery in [REDACTED]

EL CASO

Signature of Embalmer

State of Illinois, County of Cook- Before me, the undersigned notary public on this day, personally appeared to me known, who being duly sworn according to law, deposes the following.
Subscribed and sworn to me before this 27th day of September
2018

Notary Public -My Commission Expires [REDACTED]



Serving all of Chicago and surrounding communities
2744 W. 51st Street Chicago, IL 60632 24 Hour Ph. (773) 436-2746 Fax (773) 436-4766



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



S32

BURIALS • CREMATIONS • NATIONAL • INTERNATIONAL
Caring, Personalized & Professional Services

EMBALMING LETTER

September 27, 2018

This letter of embalming is to certify the remains of [redacted] was embalmed by me [redacted]. To certify this letter I followed the procedures, rules and regulations for the State of Illinois, County of [redacted] The Illinois Funeral Directors Association and [redacted]

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

[redacted] passed away on [redacted]. His cause of death was due to [redacted]. He will be buried at the Local Cemetery [redacted] to me and the subscribed in the presence by said on this day: [redacted]

[redacted] Signature of Embalmer

Subscribed and sworn to me before this 27th day of September 2018

[redacted] Notary Public - My Commission Expires [redacted]



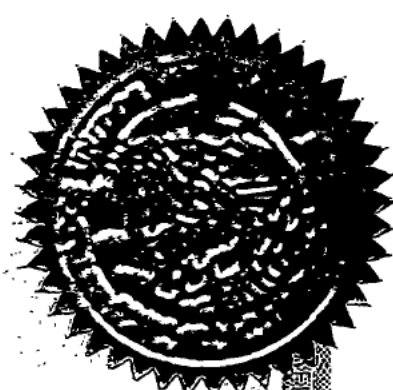
Serving all of Chicago and surrounding communities
2744 W. 51st Street Chicago, IL 60632 24 Hour Ph. (773) 436-2746 Fax (773) 436-4766



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

533



SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

NO. DE ORDEN:	CHO/438/18
DERECHOS EN MONEDA LOCAL:	0.00
DERECHOS EN DÓLARES:	0.00

SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

EL/LA SUSCRITO(A) [REDACTED]

LUGAR [REDACTED]

FECHA [REDACTED]

FIRMA DIGITAL: [REDACTED]

UNIDAD DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
[REDACTED]

[REDACTED] USADO A DOCUMENTOS

[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

S34



NO. DE ORDEN:	CHO/568/18
DERECHOS EN MONEDA LOCAL:	0.00
DERECHOS EN DOLARES:	0.00

SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

EL(LA) SUSCRITO(A) [REDACTED]

LUGAR [REDACTED]

FECHA [REDACTED]

FIRMA DIGITAL: [REDACTED]

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES SRE
 SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES SRE
 AL DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 PARA EL CASO
 ZINAPAPA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

S35

STATE OF ILLINOIS

SECRETARY OF STATE

COUNTRY OF DESTINATION: [REDACTED]

APOSTILLE
(Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: [REDACTED]

This public document

2. has been signed by [REDACTED]

3. acting in the capacity of [REDACTED]

4. bears the seal/stamp of [REDACTED]



5. at [REDACTED]

6. the [REDACTED]

7. by [REDACTED]

8. No. [REDACTED]

9. Seal/Stamp :

10. Signature:

[REDACTED]

SECRETARY OF STATE
STATE OF ILLINOIS



This Apostille only certifies the signature and the seal or stamp it bears. It does not certify content of the document for which it was issued.

THIS APOSTILLE IS NOT VALID WITHIN THE UNITED STATES OF AMERICA

Printed on recycled paper. Printed by authority of the State of Illinois. October 2017 — 80M — I 168.4

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



536

BURIALS • CREMATIONS • NATIONAL • INTERNATIONAL
Caring, Personalized & Professional Services

CARTA DE ENFERMEDAD NO CONTAGIOSA

27 de Septiembre, 2018

A quien le corresponda

Esta carta de manifestación es para los individuos que hagan la manipulación de los restos de [redacted] está embalsamado y desinfectado por mi [redacted] y de acuerdo con el Médico, el departamento de salud del condado [redacted] y su servidor asegura que no pose ninguna amenaza de enfermedad contagiosa.

[redacted]

[redacted]

Sinceramente,

[redacted signature]

Embalsamador

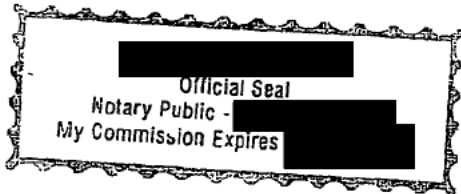
Yo, [redacted] certifico que lo mencionado es una versión exacta del certificado de embalsamar en Ingles. Soy competente en ambos idiomas en Ingles Y el español para rendir tal trabajo.

Translator Name- [redacted] certify that this document is translated in Spanish. I am competent in both the English and the Spanish language to do such translation.

State of Illinois, County of Cook- Before me, the undersigned notary public on this day, personally appeared to me known, who being duly sworn according to law, deposes the following. Subscribed and sworn to me before this 27th day of Septiembre (month), 2018

[redacted] Notary Public

My Commission Expires: [redacted]



Serving all of Chicago and surrounding communities
2744 W. 51st Street Chicago, IL 60632 24 Hour Ph. (773) 436-2746 Fax (773) 436-4766



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



S37

BURIALS • CREMATIONS • NATIONAL • INTERNATIONAL
Caring, Personalized & Professional Services

LETTER OF NON CONTAGIOUS DISEASE

September 27, 2018

This letter is a statement to those handling the remains of [REDACTED]

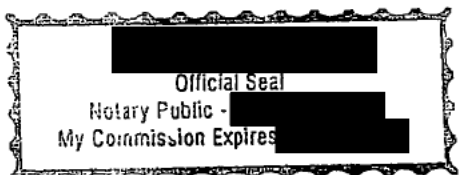
Remains were thoroughly disinfected and embalmed by me [REDACTED]

According to the Doctor and the Department of Health of [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Sincerely
[REDACTED]

[REDACTED] me, the undersigned notary public on this day, personally
appeared to me known, who being duly sworn according to law, deposes the following. Subscribed and
sworn to me before this 27th day of September (month), 2018

[REDACTED] Notary Public



Serving all of Chicago and surrounding communities
2744 W. 51st Street Chicago, IL 60632 24 Hour Ph. (773) 436-2746 Fax (773) 436-4766



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



S38

BURIALS • CREMATIONS • NATIONAL • INTERNATIONAL
Caring, Personalized & Professional Services

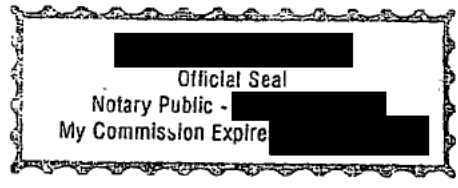
CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO- ESTADO DE ILLINOIS

Nombre del Difunto: [redacted] Sexo [redacted]
 Fecha de Fallecimiento: [redacted] Condado de Fallecimiento: [redacted]
 Edad: 84 Fecha de Nacimiento: [redacted] Ciudad en donde falleció (a): [redacted]
 Lugar de Fallecimiento (Hospital o Institución): [redacted]
 País de Nacimiento: [redacted] Seguro Social: [redacted] Estado Civil: [redacted]
 Nombre del Esposo (a): [redacted] Fuerzas Armadas en Estados Unidos: [redacted]
 Domicilio: [redacted] Ciudad: [redacted] Situado en los perímetros de la ciudad? [redacted]
 Condado: [redacted] Estado [redacted] Código Postal: [redacted]
 Nombre del Padre: [redacted] Nombre de la Madre: [redacted]
 Nombre del Informante: [redacted] Relación: [redacted]
 Domicilio del Informante: [redacted] Método de disposición (sepultura o cremación): [redacted]
 Lugar de sepultura O cremación: [redacted]
 Fecha de sepultura/cremación: [redacted]
 Funeraria: [redacted]
 Nombre del director: [redacted] Numero de licencia: [redacted]
 Nombre del registrador: [redacted]
 Causa de Fallecimiento: [redacted]
 b. c. Parte II- [redacted] 1-
 Tuvo autopsia? [redacted] Los resultados de la autopsia fue antes de completar la autopsia: [redacted] es mujer
 estuvo embarazada: [redacted] Manera de Muerte: [redacted] Fecha del incidente: [redacted] Hora del incidente: [redacted]
 Lugar del incidente: [redacted] Incidente ocurrió en el trabajo? [redacted] Localidad del Incidente: [redacted] Describe como
 ocurrió el prejuicio: [redacted] describe: [redacted] Fue visto (a) por un médico vivo(a): [redacted]
 El Médico Forense fue contactado? [redacted] Fecha de Pronunciamiento [redacted] Hora de
 fallecimiento: [redacted] Certificado Médico [redacted]
 Fecha certificada: [redacted] Nombre, domicilio, y código postal de la persona que
 completo el fallecimiento [redacted]
 Número de licencia/cedula del médico [redacted]

[redacted]
 [redacted] Director/Embalmer

[redacted], the undersigned notary public on this day, personally
 appeared before me, and being duly sworn according to law, deposes the following. Subscribed and
 sworn to before this 27th day of Septiembre (month), 2018

[redacted] Notary Public My Commission Expires: Oct 19, 2019



Serving all of Chicago and surrounding communities
 2744 W. 51st Street Chicago, IL 60632 24 Hour Ph. (773) 436-2746 Fax (773) 436-4766



Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



S39

BURIALS • CREMATIONS • NATIONAL • INTERNATIONAL
Caring, Personalized & Professional Services

CARTA DE EMBALSAMAMIENTO

27 de Septiembre, 2018

Esta carta de embalsamamiento es para certificar que el cuerpo de [redacted] embalsamado por mi [redacted] número de licencia [redacted] Seguí todas las reglas y regulaciones del estado de [redacted] el condado de [redacted], y la Asociación de directores y [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

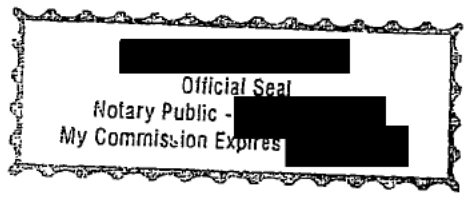
[redacted]

Firma de Embalsamador/Director

certify that this document is translated in Spanish. I am competent in both the English and the Spanish language to do such translation

Before me, the undersigned notary public on this day, personally appeared to me known, who being duly sworn according to law, deposes the following. Subscribed and sworn to me before this 27th day of September 2018

Notary Public - My Commission Expires: Oct. 19, 2019



Serving all of Chicago and surrounding communities
2744 W. 51st Street Chicago, IL 60632 24 Hour Ph. (773) 436-2746 Fax (773) 436-4766



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

[Redacted]

540

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un mes: Horas [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 [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="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 [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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [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 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [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 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		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="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 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]		

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



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

Form fields: OFICIALÍA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO, LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD FEDERATIVA

DATOS DEL FINADO

Form fields: NOMBRE, SEXO, EDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, NOMBRE DEL CÓNYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NACIONALIDAD, NOMBRE DE LA MADRE, NACIONALIDAD

DATOS DEL FALLECIMIENTO

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

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form fields: NOMBRE, PARENTESCO, NACIONALIDAD, EDAD

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

Empty space for observations or notes.

SE EXPIDE LA PRESENTE C... IGUALA, GUER... CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, A LOS 29 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2018, DOY FE.

Signature area with name and firm.





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

542

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] 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] Se ignora

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

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Especifique [Redacted]

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

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) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [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 Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta Se ignora

12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPER Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPER 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]

14.3 Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

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]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] Día Mes Año Horas Minutos

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

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No

DE LA DEFUNCIÓN

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) 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 morbosos que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUERTE NATURAL 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? 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 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 [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]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

23. NO [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 [Redacted] Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro Especifique [Redacted]

26. SI EL CENSO FUE EN MÉDICO [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted]

28. DOMICILIO y TELÉFONO [Redacted]

28.1 Tipo de vialidad [Redacted] 28.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

28.3 Núm. Exterior [Redacted] 28.4 Núm. Interior [Redacted] 28.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 28.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

28.7 Código Postal [Redacted] 28.8 Localidad [Redacted] 28.9 Municipio o delegación [Redacted] 28.10 Entidad federativa [Redacted]

28.11 Teléfono [Redacted]

29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted] Libro Núm. [Redacted]

30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted] Localidad [Redacted] Fecha [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
LFTAIP
Motivación 2



REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

543



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO, SEXO: HOMBRE, MUJER

NOMBRE, NOMBRE(S), (PRIMER APELLIDO), (SEGUNDO APELLIDO), FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, NACIONALIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO HABITUAL, ESTADO CIVIL

(LOCALIDAD), (MUNICIPIO), (ENTIDAD FEDERATIVA), (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE, NACIONALIDAD

NOMBRE DEL PADRE, NACIONALIDAD

NOMBRE DE LA MADRE, NACIONALIDAD

FALLECIMIENTO, FECHA DE DEFUNCION, HORA, LUGAR, CERTIFICADO NO.

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION, CREMACION, NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO, ORDEN NO.

UBICACION, DONDE FALLECIO

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

TIPO DE DEFUNCION

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION

NO. DE CEDULA PROFESIONAL

DOMICILIO

DECLARANTE, NOMBRE, EDAD, NACIONALIDAD, PARENTESCO

DOMICILIO, OCUPACION

TESTIGOS, NOMBRE, EDAD, NACIONALIDAD, PARENTESCO

DOMICILIO, OCUPACION

NOMBRE, EDAD, NACIONALIDAD, PARENTESCO

DOMICILIO, OCUPACION

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 EN EL MOMENTO DE SU LEIDA Y QUIENES NO IMPRIMEN

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL LIC.



Art. 190 Frac. VII LFTAIP Motivación 1

LFTAIP Motivación 2

Diciembre

2018

2a. Ampliación
Panteón Mpal.





545

Iguala Gro, a 5 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 [REDACTED]



M. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021
JUNTOS HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES



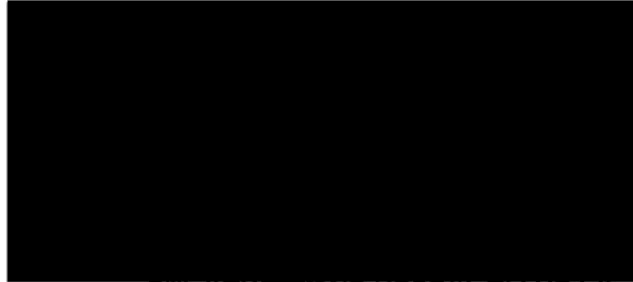
MINISTERIO DE LA REPUBLICA
INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
FEDERALES PARA EL CASO
TEZIMACA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Iguala Gro, a 21 de diciembre de 2018.

Se autoriza al C. [REDACTED] a condonación de los pagos de Inhumación y Apertura de fosa, para la inhumación del cuerpo de la persona quien vida llevo el nombre de: [REDACTED] en el [REDACTED] ampliación Panteón Municipal.



ENCARGADO DE DESPLAZAMIENTO
DIRECCIÓN DE PANTEONES



MINISTERIO DE LA REPUBLICA
AL DE INVESTIGACION
EN PARA EL CASO
TAMAPA

597

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 22 del mes Diciembre del 2018.

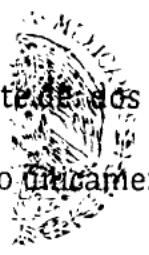
Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
PARA EL 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

848

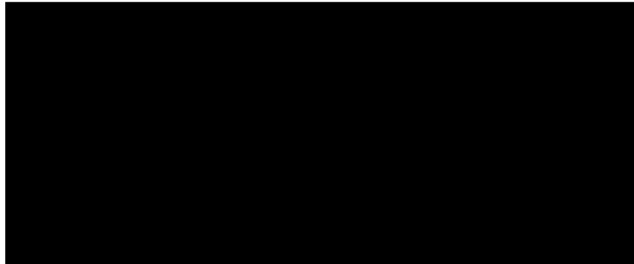
CUNA DE LA BANDERA NACIONAL



JODOS JUNTOS Haremos Historia

Iguala Gro, a 28 de diciembre de 2018.

Se autoriza la 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 [redacted] del Panteón Municipal, [redacted]



MUNICIPAL IGUALA GRO. DE JES 021 HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES



DE LA REPUBLIC DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

549

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 16 del mes Diciembre del 2018.

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no [Redacted] e 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 Signature]

[Redacted Name]

(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

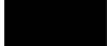


DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

SSO

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 25 del mes Diciembre del 2018

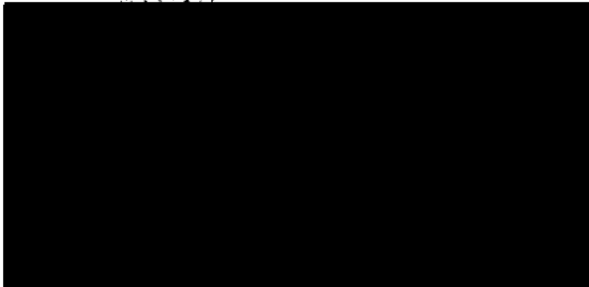
Se autoriza al C. con domicilio en tel. no. la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021

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

SS1

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 9 del mes Dic. del 2018

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. n.º [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.

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SS2

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 28 del mes Diciembre del 2018.

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] 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.

[Redacted Signature]

AL DE [Redacted]
EN PARA EL CASO [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



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

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 9 del mes Dic. del 2018.

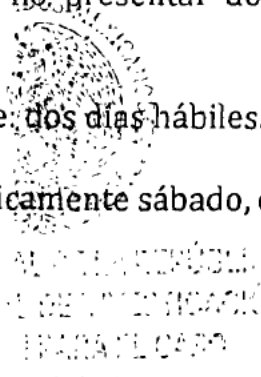
Se autoriza al C. con domicilio tel. no a inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de _____. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



(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



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

JODOS
JUNTOS
Haremos Historia

Serie [REDACTED]

Folio [REDACTED]

Tipo de Comprobante [REDACTED]

Fecha [REDACTED]

SS4

Número Recibo [REDACTED]

Lugar de Expedición [REDACTED]

Versión 3.3

Número de serie del Certificado [REDACTED]

EMISOR

Nombre [REDACTED]

R.F.C. [REDACTED]

Régimen Fiscal [REDACTED]

RECEPTOR

Cliente [REDACTED]

R.F.C. [REDACTED]

Uso del CFDI [REDACTED]

DATOS GENERALES

Moneda [REDACTED]

Forma de Pago [REDACTED]

Condiciones de Pago [REDACTED]

Método de Pago [REDACTED]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [REDACTED]

Cív. Prod.	Cant.	Cív. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
orte con Letra:							
						SubTotal	[REDACTED]
						Descuento	[REDACTED]
						Total Comprobante	[REDACTED]

Folio Fiscal UUID [REDACTED]

No. de Serie del Certificado SAT [REDACTED]

Fecha y Hora de Certificación [REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
SUBSECRETARÍA DE FISCALÍA
DIRECCIÓN GENERAL DE IMPUESTOS SOBRE EL VALOR AGREGADO



Director [REDACTED]
Código digital del CFDI: [REDACTED]

Código del SAT: [REDACTED]

Adjunta Original del complemento de certificación digital del SAT: [REDACTED]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS ^{SSS}
Haremos Historia

Serie [Redacted]

Folio [Redacted]

Tipo de Comprobante [Redacted]

Fecha [Redacted]

Número Recibo [Redacted]

Lugar de Expedición [Redacted]

Versión 3.3

Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]

R.F.C. [Redacted]

Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]

R.F.C. [Redacted]

Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted]

Forma de Pago [Redacted]

Condiciones de Pago [Redacted]

Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL REGIBO

Concepto

[Redacted]

Iv. Prod.	Cant.	Civ. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Importe con Letra:

[Redacted]

SubTotal	[Redacted]
Descuento	[Redacted]
Total Comprobante	[Redacted]

Código Fiscal UUID [Redacted]

Número de Serie del Certificado SAT [Redacted]

Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



H. AYUN
CONSTITUC
SECRETAR
Y ADM
TODOS JUNT

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y FISCALÍA PARA EL CASO

Nombre [Redacted]

Código digital del CFDI:

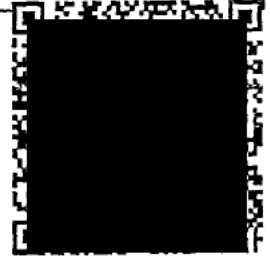
[Redacted]

Código del SAT:

[Redacted]

Ubicación Original del complemento de certificación digital del SAT:

[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

556



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
 LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
 MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE: _____
 NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS _____ NACIONALIDAD: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 (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: _____
 NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
 DONDE FALLECIO: _____
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.-

 FIRMAS

 TESTIGO _____ DECLARANTE _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICA
 ELA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

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

SS7

Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]
Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Table with columns: Cív. Prod., Cant., Cív. U., Unidad, Descripción, Precio Unitario, Descuento, Importe. Includes summary rows for SubTotal, Descuento, and Total Comprobante.

Importe con Letra: [redacted]

Folio Fiscal UUID [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]

Stamp: DE LA REPUBLICA DE INVESTIGACION PARA EL CASO [redacted]



Adjero [redacted]
Código digital del CFDI: [redacted]

Código del SAT: [redacted]

cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [redacted]





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS
Haremos Historia
558

Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Número Recibo [redacted]
Lugar de Expedición [redacted]
Versión 3.3 : Número de serie del Certificado [redacted]

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto
[redacted]

N.º Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Importe con Letra:						SubTotal	[redacted]
						Descuento	[redacted]
						Total Comprobante	[redacted]

Código Fiscal UUID [redacted]
Código de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]

DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO



MUNICIPAL
A. GRC
N.º AS
ON
ST. JA

Código [redacted]
Código digital del CFDI:

[redacted]

Código del SAT:
[redacted]

Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT:
[redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

559

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 22 del mes DICIEMBRE del 2018.

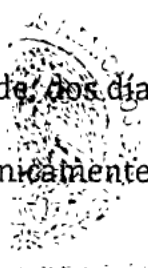
Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



EL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION

[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

CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO 560

Formulario de certificado de defunción con campos numerados del 1 al 32, incluyendo datos personales del fallecido, causas de defunción, y datos del certificador.

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 DEFUNCION

MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA

DEL INFANTE

DEL CERTIFICANTE

DEL REGISTRO

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 861



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES 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) _____ 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"/>
5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input 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: 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 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 (s) _____	
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____	10.5 Municipio o delegación _____
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 HABITUAL Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12.1 Trabaja SI <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"/> Segura Popular <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 _____
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 _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____	
15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____	
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? 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 (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	
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 al fallecimiento <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"/> 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"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja <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: _____ 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 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 DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Domicilio _____ Teléfono _____	
29.1 Teléfono _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA OFICIALMENTE EN EL REGISTRO CIVIL Num. _____ Libro Num. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Lugar _____ Fecha _____	

Art. 10
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

362



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRES: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 ESTADO CIVIL: [REDACTED] 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: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
 [REDACTED] DECLARANTE
 [REDACTED]

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIME

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

FIRMA



Art. 110
Fracc. V y VII
LFTAP
Motivación 1

Art. 110
Fracc. I
LFTAP
Motivación 2

INTERESADO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

563



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO SEXO: HOMBRE MUJE

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

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD

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

DOMICILIO HABITUAL: ESTADO CIVIL

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: HORA:

LUGAR: CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO

SUBICACION ORDEN NO.

DONDE FALLECIO

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION.

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION.

NO. DE CEDULA PROFESIONAL.

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE: EDAD

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS

NOMBRE: EDAD

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

NOMBRE: EDAD

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[Redacted]

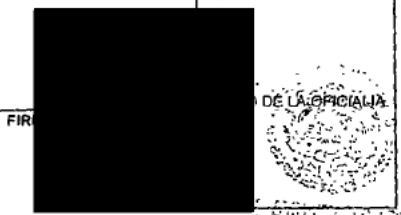
FIRMAS

[Redacted]

DECLARANTE

DE 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 OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL LIC.



CONSTITUCION
REGULACION

569

CID(A) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

EN LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN SU SECCIÓN DE PROTECCIÓN Y DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS POR LA LEY FEDERAL DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE SUJETOS OBLIGADOS

DEL FALLECIDO

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: [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 [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: Separado(a) Viuda(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: An [Redacted] (a) [Redacted] Nombre de la vivienda [Redacted]

10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Num. 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 [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora

11.2 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]

DE LA DEFUNCIÓN

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 (CUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vivienda [Redacted]

15.3 Num. Exterior [Redacted] 15.4 Num. 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 LESIONES ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí No

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) [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

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

21.1 Especifica 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? 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: Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Vivienda particular Calle o carretera (vía pública) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Otro Se ignora

22.4 Añote la relación que tenga el presunto presunto con el 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 al 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 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]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. DEL INF. 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 Especifica [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número [Redacted]

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

28. [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Num. Exterior [Redacted] 29.4 Num. 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]

DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: [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 Fecha de registro: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: [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 Fecha de registro: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Enero

2019

VALLE DEL GUAYABO
FISCAL DE INVESTIGACIÓN
JURISDICCIONAL PARA EL CASO
QUINAPÁ

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

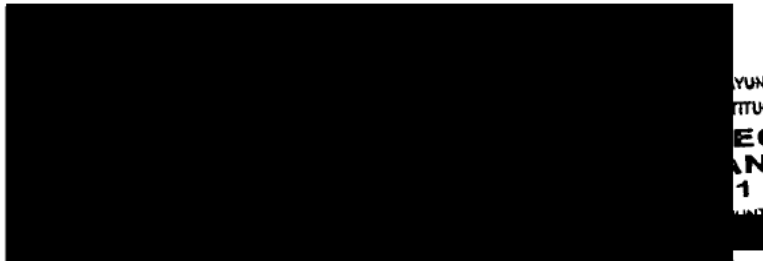


566

Iguala Gro, a 03 de enero de 2019.

Se autoriza al C. [REDACTED] la condonación de los pagos de Inhumación y Apertura de fosa, para la inhumación del cuerpo de la persona quien vida llevo el nombre de: [REDACTED]

[REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal, [REDACTED].



MUNICIPIO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA. GRO
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
18 - 2021
JUNTOS HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES



SECRETARÍA DE JUSTICIA Y
FEDERACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE
REGISTRACIÓN Y
NOTARÍA PÚBLICA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



Iguala Gro, a 16 enero de 2017.

Se autoriza a la C. [REDACTED] La condonación del pago de Apertura de fosa x temporalidad (prestada), de la persona que en vida llevo el nombre de: [REDACTED] ampliación del Panteón Municipal.



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





568

Iguala Gro, a 24 de enero de 2019.

Se autoriza al C. [REDACTED] la condonación del pago de Apertura de fosa para la Inhumación del cuerpo de la persona quien vida llevo el nombre de: [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
**DIRECCIÓN DE
PANTEONES**
8 - 2021
JODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

**ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES**



DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

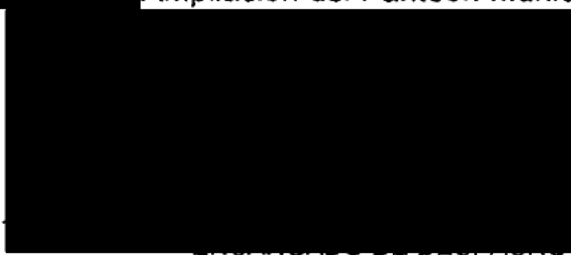
Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



S69

Iguala Gro, a 8 de enero de 2019.

Se autoriza a la C [REDACTED] Fosa en Temporalidad (prestada)
para la inhumación de la persona que en vida llevo el nombre de [REDACTED]
[REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



MUNICIPAL
TUCIONAL DE IGUALA. GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
18 - 2021
HAREMOS HISTORIA

DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES



AL DE LA RESPUESTA
AL DE INVESTIGACIÓN
ÓN PARA EL CASO
NTEJUNAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

570

CUNA DE LA BANDERA NACIONAL



IGUALA
DE LA INDEPENDENCIA
2018-2021

Juntos
Haremos Historia

Iguala Gro, a 21 de diciembre de 2018

Se autoriza al C. [REDACTED] a condonación de los pagos de inhumación y Apertura de fosa, para la inhumación del cuerpo de la persona quien vida llevo el nombre de: [REDACTED] ampliación Panteón Municipal.

[REDACTED]

PA
L. GRC
DE
S
2018-2021
DIRECCIÓN DE PANTEONES
HISTORIA



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
INAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

S71



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 5 del mes ENERO del 2019

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no [REDACTED] 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.

[REDACTED SIGNATURE]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021
¡DOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

(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



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO



Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Prod.	Cant.	Clv. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe letra:						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Clave Fiscal UUID [Redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



[Redacted]

[Redacted]

Código digital del CFDI: [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



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

573

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Nombre del Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe neto:						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Código Fiscal UUID [Redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]

DE LA SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO ZENAPA

Código digital del CFDI: [Redacted]
Código del SAT: [Redacted]
Código original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]





MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

JODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

574

Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]

Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [redacted]
Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [redacted]
Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Table with columns: Prod. Cant., Clv. U., Unidad, Descripción, Precio Unitario, Descuento, Importe. Includes a summary row for SubTotal, Descuento, and Total Comprobante.

Importe con Letra: [redacted]
Fiscal UUID [redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]

AL DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
STZINAPA

EL AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE
2018 - 20
SECRETARIA DE
Y ADMINIST
CAJA
TODOS JUNTOS HARE

Copias digitales del CFDI: [redacted]

Copias del SAT: [redacted]

Copias en Original del complemento de certificación digital del SAT: [redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO



575

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

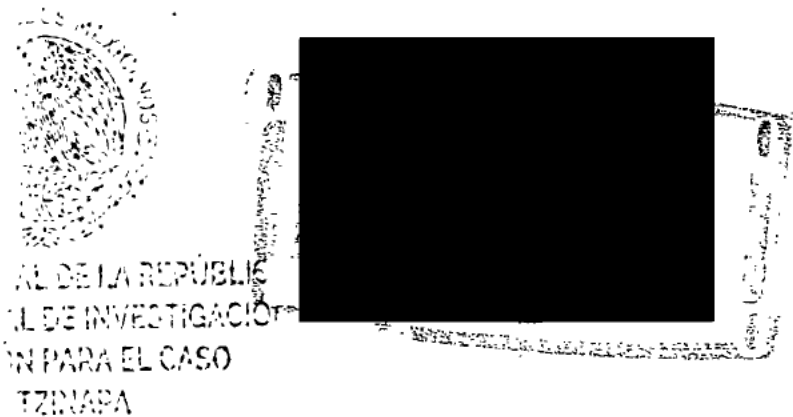
Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Iv. Pro.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra: [Redacted]						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Clave Fiscal UUID [Redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



Nombre del Emisor [Redacted]
Código digital del CFDI: [Redacted]

Código del SAT: [Redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

JUNTOS Haremos Historia

576

Serie [REDACTED]
 Folio [REDACTED]
 Tipo de Comprobante [REDACTED]
 Fecha [REDACTED]
 Lugar de Expedición [REDACTED]
 Número de serie del Certificado [REDACTED]

Número Recibo [REDACTED]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [REDACTED]
 R.F.C. [REDACTED] Régimen Fiscal [REDACTED]

RECEPTOR

Cliente [REDACTED]
 R.F.C. [REDACTED] Uso del CFDI [REDACTED]

DATOS GENERALES

Moneda [REDACTED] Forma de Pago [REDACTED]
 Condiciones de Pago [REDACTED]
 Método de Pago [REDACTED]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [REDACTED]

Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Importe con Letra:							[REDACTED]
						SubTotal	[REDACTED]
						Descuento	[REDACTED]
						Total Comprobante	[REDACTED]

ID Fiscal UUID [REDACTED]
 de Serie del Certificado SAT [REDACTED]
 Fecha y Hora de Certificación [REDACTED]



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
 INSTITUTO FEDERAL DE INVESTIGACIONES
 JURÍDICAS PARA EL CASO
 DE ZINAPAPA

GOBIERNO MUNICIPAL
 CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
 SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
 Y ADMINISTRACIÓN
 IGUALA, GRO.

Código digital del CFDI: [REDACTED]
 Código del SAT: [REDACTED]
 Fecha Original del complemento de certificación digital del SAT: [REDACTED]

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**
(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

FOLIO

577

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

1. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="text"/> Gramos <input type="text"/>		3. PESO Gramos <input type="text"/>		4. DE UN EMBARAZO Espontáneo <input type="checkbox"/> Reproducción asistida <input type="checkbox"/>		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		5.2 Total de consultas recibidas <input type="text"/>			
6. ESTE EMBARAZO FUE: Normal <input type="checkbox"/> Complicado <input type="checkbox"/>		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto <input type="checkbox"/> Durante el parto <input type="checkbox"/>		7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/>		7.2 ¿Se realizó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>					
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Tipo de vivienda <input type="text"/>				9.1 Vivienda Tipo de vivienda <input type="text"/>				9.2 Vivienda humana Tipo de vivienda <input type="text"/>		9.3 Núm. Exterior <input type="text"/>		9.4 Núm. Interior <input type="text"/>	
10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>				10.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/>				10.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) <input type="text"/>		10.3 Hogar <input type="checkbox"/>		10.4 Otro lugar <input type="checkbox"/>	
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Terapéutico <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>							
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/>						14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			14.2 ¿Anote la relación que tiene el presunto agresor con la madre? <input type="text"/>				
15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO a) <input type="text"/> b) <input type="text"/>										CÓDIGO CIE <input type="text"/>			
16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite repetir modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, interrupción de la comunicación materno-fetal, etc.)										Especifique a la causa fue: MATERNA FETAL Código CIE			
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte										O1 O2			
a) <input type="text"/>										O1 O2			
b) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)										O1 O2			
c) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)										O1 O2			
PARTE II Otras causas patológicas significativas del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbozo que la produjo										O1 O2			
17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>													
18. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>													
19. CURP <input type="text"/>													
20. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique <input type="text"/>													
21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22. EDAD (Años) <input type="text"/>		23. ESTADO CIVIL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>									
24. RESIDENCIA L. Anote el domicilio y teléfono													
24.1 Teléfono <input type="text"/>													
24.2 Dirección <input type="text"/>													
24.3 Núm. Exterior <input type="text"/>													
24.4 Núm. Interior <input type="text"/>													
24.5 Nombre de la vivienda <input type="text"/>													
24.6 Nombre de la calle <input type="text"/>													
24.7 Código Postal <input type="text"/>													
24.8 Entidad federativa o país (para residentes en el extranjero) <input type="text"/>													
24.9 Teléfono <input type="text"/>													
25. ESCOLARIDAD Primaria <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/>													
25.1 La escolaridad se terminó en: <input type="text"/>													
26. TRABAJA ACTUALMENTE Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>													
27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Seguro Popular <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPER <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						27.1 Número de seguridad social o afiliación <input type="text"/>		28. NÚMERO DE EMBARAZOS (Incluya el actual) <input type="text"/>					
29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TIVO NÚMERO DE HIJOS (AS) 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						30. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		30.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: <input type="text"/>					
31. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>													
32. PRODUCTO <input type="text"/>													
33. CERTIFICADA POR Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otro personal de salud <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>													
34. <input type="text"/>													
35. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>													
36. DOMICILIO Tipo de vivienda <input type="text"/>													
36.1 Vivienda <input type="text"/>													
36.2 Vivienda humana <input type="text"/>													
36.3 Núm. Exterior <input type="text"/>													
36.4 Núm. Interior <input type="text"/>													
36.5 Dirección <input type="text"/>													
36.6 Nombre de la calle <input type="text"/>													
36.7 Código Postal <input type="text"/>													
36.8 Entidad federativa <input type="text"/>													
36.9 Fecha de certificación <input type="text"/>													

Art. 110
Fracc. V y VII
LFTAIP
Motivación 1

LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

S 78

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)		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 Num. Exterior		10.4 Num. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Código Postal		10.7 Localidad		10.8 Municipio o delegación		10.9 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es.		12. OCUPACIÓN MARITAL		12.1 Trabajaba		12.2 Se ignoraba		12.3 Número de semanas de afiliación		12.4 Se ignoraba			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ 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			
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		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(a) fallecido(a)			
	22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describe 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 Num. Exterior		22.7.4 Num. 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	23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FECHA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Día		32.4 Mes		32.5 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



579

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.

LOCALIDAD

MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

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

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:

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

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

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD:

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: HORA:

LUGAR: CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION REMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:

UBICACION: ORDEN NO.:

DONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[Redacted signature area]

DECLARANTE

[Redacted signature area]

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL
PROFRA

MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL
MUTIZUCO DE LOS
OFICIALIA 01
DEL REGISTRO
CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

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

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

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

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED]

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: [REDACTED]

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

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

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

581

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

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="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES) _____ Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota 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) Devido a (o como consecuencia de) _____ b) Devido a (o como consecuencia de) _____ c) Devido a (o como consecuencia de) _____ d) Devido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, al existir 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 _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (salto, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granje (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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, 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 DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____	
26. SI _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____ 28.1 Tipo de vialidad _____ 28.2 Nombre de la vialidad _____ 28.3 Nombre del asentamiento humano _____ 28.4 Nombre del asentamiento humano _____ 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 _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 30.1 Acta Núm. _____	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 32. DÍA MES AÑO 32.1 Día _____ 32.2 Mes _____ 32.3 Año _____	

SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SEC FOR SALUD

Art. 143 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

582

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 NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 10.2 Semanas de gestación: _____ 10.3 Peso (gramos): _____			
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 en donde reside en el extranjero _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. ¿TRABAJABA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social de afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.2 Nombre de la localidad _____	
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 _____	
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="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		18.1 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada ración. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, estenla, 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) _____ 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 _____			
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 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 localidad _____ 22.7.2 Nombre de la localidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.8 Nombre del asentamiento humano _____ 22.7.7 Código Postal _____ 22.7.6 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(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de _____ 28. FIRMA _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de localidad _____ 29.2 Nombre de la localidad _____ 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 OFICINA _____ Num. _____ Libro Num. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

583



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

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

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

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

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

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

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [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]

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

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

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL

2021

Art. 110
Frac. V
LFTAIP
Motivación 1

Art. 110
Frac. V
LFTAIP
Motivación 2

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
UNIDAD INTEGRAL

CARPETA DE INVESTIGACIÓN :

OFICIO NÚM.: 145

ASUNTO: Se Solicita Registro de Defunción.

**IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (7) SIETE DIA(S) DEL MES DE ENERO DEL
DOS MIL DIECINUEVE**

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
PRESENTE.

Por medio del presente oficio se solicita registrar la defunción de la persona (del sexo [redacted] que en vida respondió al nombre de [redacted] con los datos de la siguiente

Nombre: [redacted]
 Edad: [redacted]
 Fecha de nacimiento: [redacted]
 Estado civil: [redacted]
 Inscripción: [redacted]
 Ocupación: [redacted]
 Domicilio: [redacted]
 Nacionalidad: [redacted]
 Dirección actual: [redacted]
 [redacted]
 Lugar y fecha de muerte: [redacted]
 [redacted]
 Causa de muerte: [redacted]
 [redacted]
 Dirección de Defunción: [redacted]
 Enumeración: [redacted] INDEPENDENCIA,
 GUERRERO.

[redacted]

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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE OFICIA DE REGISTRO DE NOMENCLATURA

585

OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDADE: AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: NUMERACION _____ REMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

ONDE FALLECIO: _____

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

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

DECLARANTE: _____ TESTIGO: _____

PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, DEBEN HACERLO Y QUIENES NO

SECRETARIA DE LA REPUBLICA
SECRETARIA DE INVESTIGACIONES Y ENFERMERIA
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE ECONOMIA

SELO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA, D.F.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL

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

FOLIO

586

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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS

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 DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD _____	
5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIO EN _____ Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 No. Exterior _____ 10.2 No. Interior _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano _____ 10.4 Localidad _____ 10.5 Municipio o delegación _____ 10.6 Código Postal _____ 10.7 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 11.2 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Tipo de asentamiento humano _____ 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Localidad _____ 15.6 Municipio o delegación _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfiania, 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	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (edificio, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 motivo 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 DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> *Especifique: _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la _____ 28. FIRMA _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
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 _____ 29.12 Entidad federativa _____	
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 _____ 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

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



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

587

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 type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuido(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (e) _____ 10.1 Núm. Exterior _____ 10.2 Núm. Interior _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano _____ 10.4 Nombre del asentamiento humano _____ 10.5 Código Postal _____ 10.6 Localidad _____ 10.7 Municipio o delegación _____ 10.8 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input checked="" type="checkbox"/>	14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		
16. FECHA MUERTE DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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) _____ 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 morbozo 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 14 A 44 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (esp. prigrado, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 vía/idad _____ 22.7.2 Nombre de la vía/idad _____ 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(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* _____ Especifique _____	26. _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	28. _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vía/idad _____ 29.2 Nombre de la vía/idad _____ 29.3 Nombre del asentamiento humano _____ 29.4 Código Postal _____ 29.5 Localidad _____ 29.6 Municipio o delegación _____ 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. _____	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

Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Febrero

2019

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y FISCALÍA
CÓDIGO FISCAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



Iguala Gro, a 6 de febrero de 2019.

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] Ampliación del Panteón Municipal.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
INSTITUCIONAL DE IGUALA GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2021
HAREMOS HISTORIA

DIRECCION DE PANTEONES



AL DE LA REGEN-
AL DE INVESTIGACIO-
N PARA EL CASO
ZINAPA

Iguala Gro, a 6 de febrero de 2019.

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] Ampliación del Panteón Municipal.

[REDACTED]

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
INSTITUCIONAL DE IGUALA GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
- 2021
JUNTOS HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES



SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA
DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
113A

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

591



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (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: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____

B) _____

C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

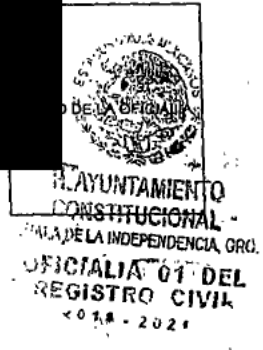
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN EN PLENITUD DE ENTENDIMIENTO Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

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



Art. 1
Fracc. V
LFTAIP
Motivación 1

LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DESPUES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

S92

Formulario de certificado de defunción con campos para nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, causa de muerte, lugar de defunción, etc.

Vertical text on the left margin: 'SE REGISTRA EN EL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION...' and 'LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES...'.

Art. 110 Fracc. V del LFTAI

LFTAI P Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

593

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFO DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE P

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="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente 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="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSST <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO 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. 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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) _____ 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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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 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 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 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 _____ 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 OFICIALIA 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 _____	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

594



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE: _____	NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	(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: _____
NOMBRE DE LA MADRE _____	NACIONALIDAD: _____
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION: _____	HORA: _____
LUGAR: _____	CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
UBICACION: _____	ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____	
B) _____	
C) _____	
TIPO DE DEFUNCION: _____	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____	
DOMICILIO: _____	
DECLARANTE	
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____
TESTIGOS	
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____
LA PRESENTE ACTA TIENE LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTE 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 IMPIDEN.

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

SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRUPO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
1891052037

Art. 140
Fracción I
LFTAIP
Motivación 1

LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

S95



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED]
(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [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 DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] CREMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

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

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

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

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS
[REDACTED]
DECLARANTE
[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN EN PLENAS FACULTADES Y EN SU DEBERO HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN

REGISTRADO
F. C. O. P. C. DEL REGISTRO CIVIL
LIC. [REDACTED]

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRI.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018 - 2021

Art. 140
Frac. V
LFTAIP
Motivación 1

LFTAIP
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

996

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN
DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PR

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 Homb <input type="checkbox"/> Muj <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexican <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexican <input type="checkbox"/> Otr _____ Se ignora <input type="checkbox"/>			
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="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorçado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a). 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.3 Núm. Exterior: _____ 10.4 Núm. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre: _____ 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="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior: _____ 15.2 Núm. Interior: _____ 15.3 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.4 Nombre: _____ 15.5 Código Postal: _____ 15.6 Localidad: _____ 15.7 Municipio o delegación: _____ 15.8 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. 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) _____ 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 morbooso 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22.1 Fue un presunto accidente o homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		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 Descrba 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 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 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTE DEL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE Número de identificación personal: _____ 26. FIRMA: _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 Día _____ Mes _____ Año _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Marzo

2019

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

MEXICO
REPUBLICA
EDUCACION
TEL. CASO
20



DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

2018 - 2021

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 02 del mes Marzo del 2019.

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] 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.

[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
Cól: Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero

599

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº

Iguala de la independencia, Gro., a 18 del mes Marzo del 20 19

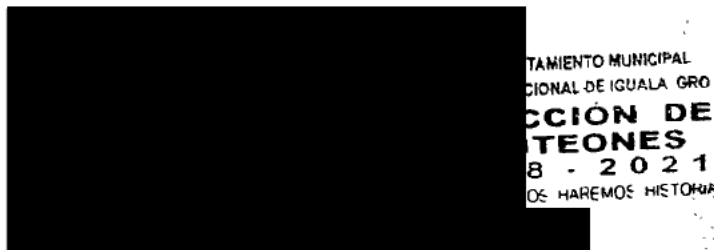
Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio [REDACTED] tel. no. [REDACTED] la respondió al nombre de [REDACTED]. La persona autorizada se compromete a entregar en todas las copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



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

SECRETARÍA DE GOBIERNO
L. INVESTIGACIÓN
N. V. EL CASO
TEL. 01

(733) 33 396 00 Ext. 150

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

Abril

2019

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



REPUBLICA
DE GUATEMALA
MUNICIPALIDAD
DE SAN MARCOS

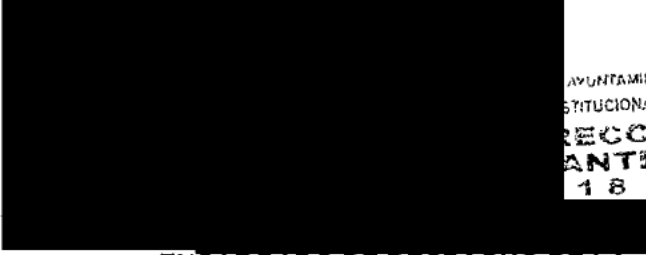


DIRECCIÓN DE PANTEONES
MEMORANDUM'S

2019, Año del Caudillo del Sur, "Emiliano Zapata"

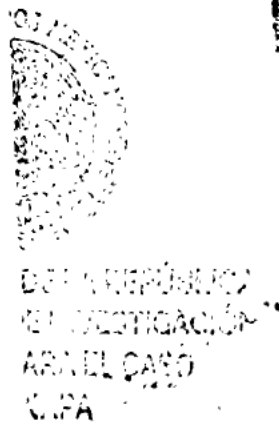
Iguala Gro, a 30 de abril de 2019.

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 [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
INSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
18 - 2021
HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES



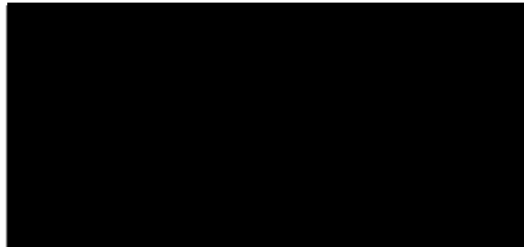
Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

2019, Año del Caudillo del Sur, "Emiliano Zapata"

Iguala Gro, a 29 de abril de 2019.

Se autoriza a la C. [REDACTED] la condonación del pago de Apertura de fosa para la Inhumación del cuerpo de la persona quien vida llevo el nombre de [REDACTED] Ampliación del Panteón Municipal.



MUNICIPIO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA GRO
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018-2021
HAREMOS HISTORIA

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE PANTEONES

EL CASC...
ALC...
VE...
EL CASC...

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.

2019 - 2021.




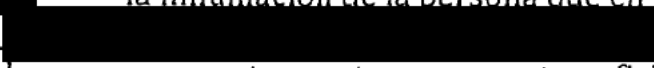
603

Nº



Rosa Corona

Iguala de la independencia, Gro., a 30 del mes Nov del 2019.

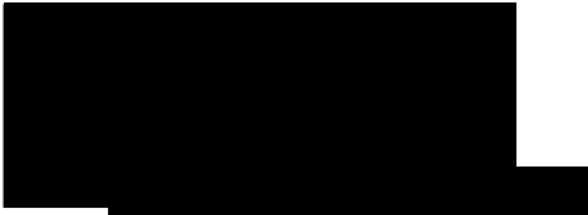
Se autoriza al C.  con domicilio  tel.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.

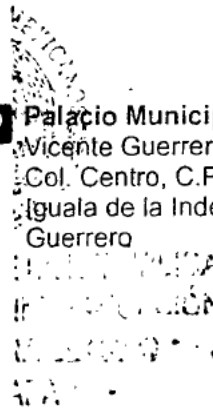


DIRECTOR DE PANTEONES.

(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



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

FOLIO

604

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 LOS PARTICULARES DE SUJITOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Es <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA	
7. NACIÓ EN		8. ESTADO CIVIL	
9. RESIDENCIA HABITUAL		10. ESCOLARIDAD	
11. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12. ESTADO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
13. MOTIVO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		14. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		16. ¿FUE PRÁCTICO NECRÓSCOPICO?	
17. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?		18. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA DEFUNCIÓN?	
19. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, SUICIDIOSA?		20. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
21. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		22. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
23. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		24. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
25. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		26. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
27. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		28. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
29. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		30. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
31. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		32. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
33. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		34. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
35. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		36. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
37. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		38. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
39. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		40. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
41. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		42. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
43. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		44. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
45. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		46. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
47. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		48. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
49. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		50. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
51. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		52. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
53. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		54. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
55. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		56. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
57. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		58. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
59. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		60. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
61. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		62. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
63. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		64. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
65. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		66. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
67. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		68. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
69. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		70. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
71. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		72. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
73. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		74. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
75. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		76. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
77. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		78. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
79. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		80. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
81. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		82. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
83. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		84. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
85. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		86. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
87. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		88. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
89. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		90. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
91. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		92. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
93. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		94. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
95. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		96. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
97. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		98. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	
99. ¿FUE EN EL DOMICILIO?		100. ¿FUE EN EL DOMICILIO?	

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



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS 605
Haremos Historia

Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Número Recibo [redacted]
Versión 3.3
Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

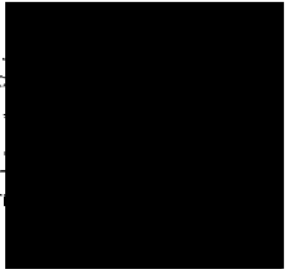
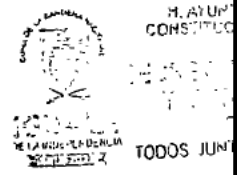
Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Cív. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Importe con Letra:							[redacted]
						SubTotal	[redacted]
						Descuento	[redacted]
						Total Comprobante	[redacted]

Folio Fiscal UUID [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]

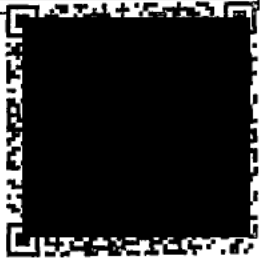


Cajero [redacted]

Sello digital del CFDI: [redacted]

Sello del SAT: [redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [redacted]



REPÚBLICA
FEDERATIVA
DE MÉXICO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021.

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 6 del mes Aboi del 2019.

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio en [Redacted] tel. no [Redacted] 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]

DIRECTOR DE PANTEONES.

(733) 33 396 00 Ext. 150

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

Palacio Municipal
Vicente Guerrero No. 1
Ccd. Centro, C.P. 40000
Iguala de la Independencia,
Guerrero, PUEBLA
INVESTIGACIÓN
E EL CASO
APA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ACTA DE DEFUNCION

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS | FECHA DE REGISTRO

ACTA No. | LOCALIDAD

MUNICIPIO | ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE | MUJER

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

TIPO DEL CADAVER: INHUMACION | CREMACION | NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: _____

DECLARACION: _____ ORDEN NO.: _____

LUGAR DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE. A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

MUNICIPIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

MUNICIPIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

MUNICIPIO: _____ OCUPACION: _____

PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

TESTIGO | DECLARANTE | TESTIGO

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

EL C. OFICIAL EN EL REGISTRO CIVIL LIC. _____ FIRMA _____

EL C. OFICIAL EN EL REGISTRO CIVIL LIC. _____ FIRMA _____

INVESTIGACION
 DEL CASO
 INTERESADO



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

FOLIO

608

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. SEXO		3. EDADES	
4. CURP		5. HABLABA ALGUNA LENGUA AJENA?		6. NACIONALIDAD	
7. FECHA DE NACIMIENTO		8. ESTADO CONYUGAL		9. RESIDENCIA HABITUAL	
10. ESCOLARIDAD		11. AHILADOR A SERVICIOS DE SALUD		12. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
13. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		15. SE PRACTICÓ MICROPSIA?	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN					
17. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS					
18. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, O VIOLENTA, EXPECTORADA					
19. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL					

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

SECRETARÍA DE SALUD
 INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 150A

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 109

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

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

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

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

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

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 [Redacted]

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

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

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

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud [Redacted] IMSS [Redacted] PEXEMEX [Redacted] SEMAR [Redacted] IMSS PROSPERA [Redacted] ISSSTE [Redacted] SEDENA [Redacted] Otra unidad pública [Redacted] Unidad médica privada [Redacted] 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Tipo de atención: Via pública [Redacted] Hogar [Redacted] Otro lugar [Redacted] Se ignora [Redacted]

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 [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]

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

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] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) 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 morboso 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 CORRÉSPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo [Redacted] El parto [Redacted] El puerperio [Redacted] 43 días a 11 meses después del parto o aborto [Redacted] No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte [Redacted] 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí [Redacted] No [Redacted] 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí [Redacted] No [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente [Redacted] Homicidio [Redacted] Suicidio [Redacted] Se ignora [Redacted] 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí [Redacted] No [Redacted] Se ignora [Redacted] 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular [Redacted] Área deportiva [Redacted] Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc) [Redacted] Calle o carretera (vía pública) [Redacted] Escuela u oficina pública [Redacted] Área comercial o de servicio [Redacted] Se ignora [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, 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 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] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante [Redacted] Médico legista [Redacted] Otro médico [Redacted] Persona autorizada por la Secretaría de Salud [Redacted] Autoridad civil [Redacted] Otro [Redacted] Especifique [Redacted] 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 [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] 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] 32.1 Localidad [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Motivación 2





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ACTA DE DEFUNCIÓN

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA No. [REDACTED]

LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

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

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (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: [REDACTED]

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

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

FALLECIMIENTO

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

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

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

COMUNICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

LUGAR DONDE FALLECIO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

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

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

PRESENTE ACTA SE AÑEXAN LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO EN LA INTERVENCION DE LOS INTERESADOS Y QUIENES NO ASISTIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO ASISTIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO ASISTIERON Y SABEN HACERLO

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

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA CIUDAD DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA DE LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL 2018 - 2021

Art. 110 Fracc. V, LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I, LFTAIP Motivación 2

Mayo
2019

2a. Ampliación
Santiago Mpal.



612

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CIUDAD DE GUAYMAS

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

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

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

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE NÚM. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

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: [REDACTED]

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

DIRECCION DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] EMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

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

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

DECLARANTE [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED]

PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN UNIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL NO. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE GUAYMAS, SONORA. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

REPUBLICA MEXICANA

REGISTRACION

EL CASO

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

613

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª CC 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. _____ Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD FEDERAL O PAÍS (SI NACIÓ EN EL EXTRANJERO) _____		
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		
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="checkbox"/>		
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____
10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si resalta un extranjero) _____
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoro <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="checkbox"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPER <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud _____ IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPER <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____ de la localidad _____ 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ d) _____ PARTE II: Causas independientes de la enfermedad, si existiera alguna, que produjeron la causa consignada arriba, fundándose en último lugar la causa básica PARTE III: Otros factores 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 ¿Fue en el parto o durante el embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 ¿Dónde 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 Num. Exterior _____ 22.7.4 Num. 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(LA) FALLECIDO(A) _____
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico especialista <input type="checkbox"/> Otro médico _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad local <input type="checkbox"/> Otro _____ Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES Número de _____
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad _____ 29.2 Nombre de la vitalidad _____ 29.3 Num. Exterior _____ 29.4 Num. 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. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Libro Num. _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Acta Num. _____
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____		33. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____

Art. 110
Fracc. 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



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

614

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP		6. CIUDAD CUARTELADA		7. MAC	
8. 1 Folio del Certificado de Nacimiento		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFINACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DORSILLO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS?	
20. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE?		21. ¿LA CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN?		22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE?	
23. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL?		24. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL?		25. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL?	
26. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL?		27. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL?		28. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO CIVIL?	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CLASIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN EL REGISTRO CIVIL O JUZGADO	

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

LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
DEL CASO
NO. 94

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

615

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

ESTADO: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____
ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____ SEXO: HOMBRE MUJE

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LOCALIDAD (MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE N.º EXTERIOR E INTERIOR)

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

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DEBIDO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____

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

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS
DECLARANTE

LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN EN PRESENCIA DEL INTERVENIENTE Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

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

EL GOBIERNO FEDERAL
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
OFICINA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018-2021

INTERVENIO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y ENERGÍA
PANEL DE CASO
INAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

JODOS
JUNTOS
Haremos Historia

616

Serie [REDACTED]
 Folio [REDACTED]
 Tipo de Comprobante [REDACTED]
 Fecha [REDACTED]
 Lugar de Expedición [REDACTED]
 Número de serie del Certificado [REDACTED]

Número Recibo [REDACTED]
 Versión 3.3

EMISOR

Nombre [REDACTED]
 R.F.C. [REDACTED] Régimen Fiscal [REDACTED]

RECEPTOR

Cliente [REDACTED]
 R.F.C. [REDACTED] Uso del CFDI [REDACTED]

DATOS GENERALES

Moneda [REDACTED] Forma de Pago [REDACTED]
 Condiciones de Pago [REDACTED]
 Método de Pago [REDACTED]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [REDACTED]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Imp... con Letra:							
						SubTotal	[REDACTED]
						Descuento	[REDACTED]
						Total Comprobante	[REDACTED]

Folio Fiscal UUID [REDACTED]
 No. de Serie del Certificado SAT [REDACTED]
 Fecha y Hora de Certificación [REDACTED]



Cajero [REDACTED]
 Sello digital del CFDI: [REDACTED]

Sello del SAT: [REDACTED]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [REDACTED]



REPUBLICA
 FEDERATIVA
 DE MEXICO

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

617

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

Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día _____ Mes _____ Año _____

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____

5. CURP: _____

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA ALTERNATIVA? GUA NUA 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

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____

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

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente 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 Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta Se ignora

12. OCUPACIÓN HABITUAL: _____ 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: _____

DE LA DEFUNCIÓN

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 Hogar Otro lugar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: _____

15.2 Nombre de la vivienda: _____

15.3 Núm. Exterior: _____ 15.4 Núm. Interior: _____

15.5 Nombre del 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 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, 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) _____

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: _____

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 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? 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 (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio 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: _____

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 federativa: _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. NOMBRE: Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): _____

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: Número de la cédula profesional: _____

27. NOMBRE: Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

28. FIRMA: _____

29. DOMICILIO y: _____

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: _____ 29.11 Teléfono: _____

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____

DEL INF. DEL CERTIFICANTE

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA: _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____

32.4 Día _____ Mes _____ Año _____



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODOS JUNTOS Haremos Historia

618

Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]

Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

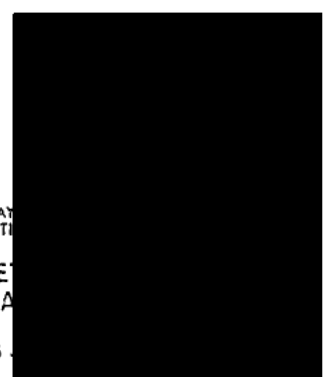
Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Table with columns: Clv. Prod., Cant., Clv. U., Unidad, Descripción, Precio Unitario, Descuento, Importe. Includes summary rows for SubTotal, Descuento, and Total Comprobante.

Importe con Letra: [redacted]
Código Fiscal UUID [redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]
Emisor [redacted]



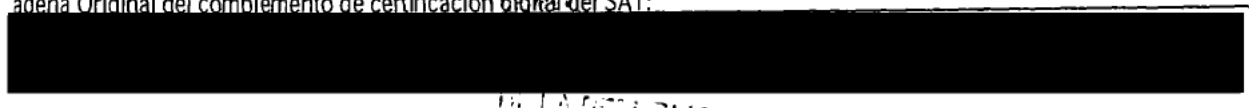
Código digital del CFDI:



Código del SAT:



Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT:



ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI
INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
IAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

619

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS				ACTA DE DEFUNCION (5)			
REGISTRO CIVIL				CLAVE UNICA DE REGISTRO DE DOBLADURAS			
OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	MUNICIPIO	LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA			
FINADO							
SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>							
NOMBRE: _____							
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: _____							
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)							
DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____							
DOMICILIO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)							
NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____							
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____							
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____							
FALLECIMIENTO							
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____							
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO _____							
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____							
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____							
LUGAR DONDE FALLECIO: _____							
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____							
B) _____							
C) _____							
TIPO DE DEFUNCION: _____							
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____							
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____							
DOMICILIO: _____							
DECLARANTE							
NOMBRE: _____ EDAD: _____							
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____							
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____							
TESTIGOS							
NOMBRE: _____ EDAD: _____							
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____							
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____							
NOMBRE: _____ EDAD: _____							
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____							
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____							
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES							
PRESENTE ACTA _____ EMIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN							
SEDA INTERVINIERON Y SABER HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN EN LA ISLA DICHA							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>OFICIALIA</p> <p>LIC. _____</p> <p>REGISTRO CIVIL</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>TESTIGO</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 25%;"> <p>OFICIALIA</p> <p>_____</p> <p>2018 2021</p> </div> </div>							

LA REPUBLICA
VESTIGACION
EL CASO

Art. 110
Frac. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Frac. I
LFTAIP
Motivación 2

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 2 del mes Mayo del 2019



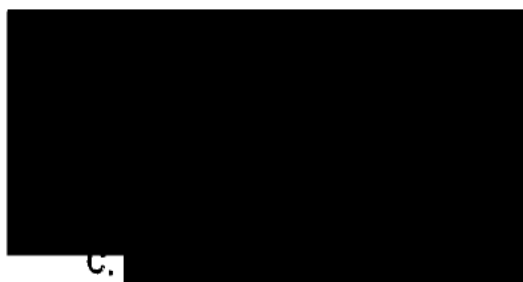
Se autoriza a [redacted] con domicilio en [redacted] tel. no [redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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 válido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

C. [redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES.

33) 33 396 50

Presidencia Job.mx
www.iguala.gro.gob.mx

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

DE LA REPUBLICA
E INVESTIGACION
ANA EL CASO
CIPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

No. [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 5 del mes Mayo del 2019

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no. [Redacted] 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.

[Redacted] MIENTO MUNICIPAL
ONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
- 2021
DE HISTORIA

(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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

622

Nº [Redacted]

Iguala de la independencia, Gro., a 9 del mes Mayo del 2019

Se autoriza al C. [Redacted] con domicilio en [Redacted] tel. no. [Redacted] 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.

[Redacted Signature]

DIRECTOR DE PANTEONES.

IPAL
 A GRO
 DE
 S
 2 1
 ISTORIA

(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


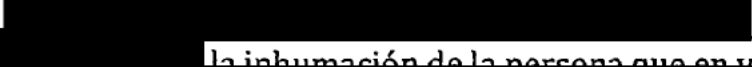


623

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 2018 - 2021

Nº 

Iguala de la independencia, Gro., a 20 del mes MAYO del 20 19

Se autoriza al  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.


 AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 DIRECCION DE PANTEONES
 2018 - 2021
 TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

 (733) 33 396 00 Ext. 150
 presidencia@iguala.gob.mx
www.iguala.gob.mx

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

624

DIRECCION DE PANTEONES



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 2018 - 2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 24 del mes Mayo del 20 19

Se autoriza al C.  con domicilio 

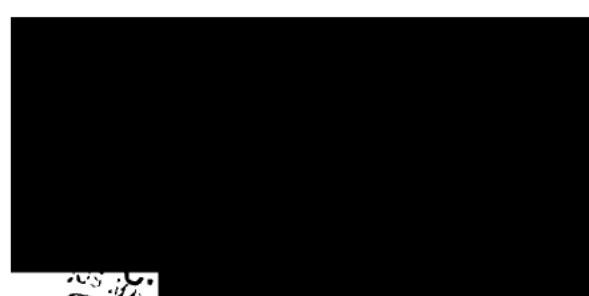
tel. no.  la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.

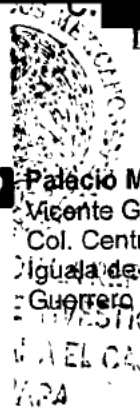
Con fecha límite de: dos días hábiles.

Permiso valido únicamente sábado, domingo y días festivos.



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
 CONSTITUCIONAL DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
 2018 - 2021
 TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

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

INVESTIGACION
 DEL CASO
 PARA

665



Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

concepto
[Redacted]

Iv. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Código Fiscal UUID [Redacted]
Código de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]



Nombre del Emisor [Redacted]
Código digital del CFDI: [Redacted]

Código del SAT: [Redacted]



Imagen Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
RA EL CASO
APA

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

626

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 type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
5. CURP _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO 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 _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2 Se ignora <input type="radio"/> _9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> _1 Otr(a) _____ Especificar _____	
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"/> _7 Casado(a) <input type="radio"/> _8 Divorciado(a) <input type="radio"/> _3 Soltero(a) <input type="radio"/> _9 Se ignora <input type="radio"/> _0	
8.3 Peso (gramos): _____		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____	
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Municipio o delegación _____	
10.7 Código Postal _____		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 type="radio"/> _3 Secundaria <input type="radio"/> _5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> _7 Profesional <input type="radio"/> _8 Posgrado <input type="radio"/> _9 Se ignora <input type="radio"/> _99		11.1 La escolaridad seleccionada es: _____	
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"/> _8 IMSS <input type="radio"/> _2 PEMEX <input type="radio"/> _4 SEMAR <input type="radio"/> _6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> _9 Se ignora <input type="radio"/> _99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 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 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14.1 Nombre de la unidad médica _____		Vía pública <input type="radio"/> _1 Otro lugar <input type="radio"/> _2 Hogar <input type="radio"/> _3 Se ignora <input type="radio"/> _4	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		15. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____	
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 _____	
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 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 (Anote una sola causa en cada región. 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	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		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 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		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 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 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _1 Médico legista <input type="radio"/> _2 Otro médico _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _3 Autoridad civil* <input type="radio"/> _4 Otro _____ Especificar _____		26. SI EL CERTIFICADO FUE EMITIDO POR UN MÉDICO LEGISTA Número de identificación profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____		28. DOMICILIO y TELÉFONO _____	
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 _____	
29.7 Código Postal _____		29.8 Localidad _____	
29.9 Municipio o delegación _____		29.10 Entidad federativa _____	
29.11 Teléfono _____		29.12 Fecha de registro Día _____ Mes _____ Año _____	
30. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL? Sí <input type="radio"/> _1 No <input type="radio"/> _2		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____	

S 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

ENTREGUE EL ORIGINAL AL REGISTRO CIVIL Y LA COPIA AL REGISTRO DE DEFUNCIÓN

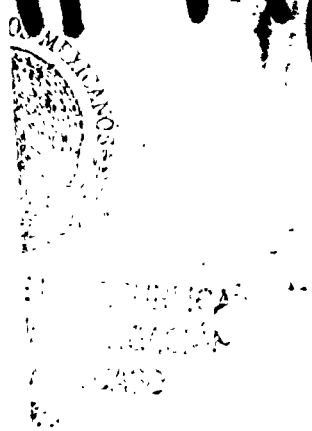
Art. 10
 Fracc. V,
 LFTAIP
 Motivación

Motivación 2

Junio

2019

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Folio: [REDACTED]

678

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

<input checked="" type="checkbox"/> A DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CÉLULAS (INTERNACIÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL)	<input type="checkbox"/> B TRASLADO DE CADÁVERES	<input checked="" type="checkbox"/> C INTERNACIÓN O SALIDA DE CADÁVERES O RESTOS ÁRIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL
<input checked="" type="checkbox"/> D EXHUMACIÓN PREMATURA	<input checked="" type="checkbox"/> E EXHUMACIÓN	<input type="checkbox"/> F INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADÁVERES SI SE EFECTÚA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO

LLÉNESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	No. DE LICENCIA SANITARIA
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO (S):

2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO			R.F.C.
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	No. DE LICENCIA SANITARIA
CÓDIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLÍTICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONO (S):

3.- DISPOSICIÓN DE CADÁVERES HUMANOS

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACIÓN
A [REDACTED]	LUGAR DEL DESTINO	
B TRASLADO DE CADÁVERES	LUGAR DEL DESTINO: Jurisdicción	EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
C INTERNACIÓN O SALIDA DE CADÁVERES O RESTOS ÁRIDOS	PROCEDENCIA O DESTINO: Acámbaro, Gto.	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
D EXHUMACIÓN PREMATURA	LUGAR DE INHUMACIÓN	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
E EXHUMACIÓN	LUGAR DEL DESTINO	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN Y DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
F INHUMACIÓN O INCINERACIÓN DE CADÁVERES SI SE EFECTÚA ANTES DE 12 HORAS O DESPUÉS DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

4.- DATOS DEL FINADO

NOMBRE (S): APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	EDAD
SEXO:	HORA Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN:
CAUSA DEL FALLECIMIENTO:	

5.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE (S): APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	PARENTESCO
CIUDAD:	
FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRÁMITE A INTERNACIÓN O SALIDA)	

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL, EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA DEBERÁ ANEXARLA PARA EL USUARIO CORRESPONDIENTE PARA CUALQUIER ACLARACIÓN, DUDA O COMENTARIO AL RESPECTO A ESTE TRÁMITE, SÍRVASE LLAMAR AL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A LA CIUDAD DE MÉXICO (SACTEL) A LOS TELÉFONOS: 5-480-20-00 EN EL D. F. Y ÁREA METROPOLITANA, DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA SIN COSTO PARA EL USUARIO AL: 01-800-00 1-4800, O DESDE ESTADOS UNIDOS O CANADÁ AL DESDE ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ AL: 1888-594-3372, O AL TELÉFONO 5-553-70-90 DE LA SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

SECRETARÍA DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
 DEL CASO
 2014

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

629

Illinois Department of Public Health
Division of Vital Records

PERMIT FOR DISPOSITION
OF DEAD HUMAN BODY

NAME OF DECEASED

DATE OF DEATH

PLACE OF DEATH (STREET OR INSTITUTION)

CITY

COUNTY

VETERAN

YES

NO

PLACE OF DISPOSITION (NAME AND LOCATION OF CEMETERY, CREMATORY)

CREMATION

SHIP OUT OF STATE

CORONER OR MEDICAL EXAMINER

NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN WHO WILL SIGN DEATH CERTIFICATE

I CERTIFY I HAVE CONTACTED THE PHYSICIAN AND HE/SHE WILL SIGN DEATH CERTIFICATE.

SIGNED

FUNERAL DIRECTOR

FUNERAL HOME NAME AND ADDRESS

REGISTRAR SIGNATURE

DIST NO.

DATE PERMIT ISSUED

REGISTRAR ADDRESS

PART 2



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
RA EL CASO
APA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES SRE

NO. DE ORDEN:	CHO/350/19
DERECHOS EN MONEDA LOCAL:	0.00
DERECHOS EN DOLARES:	0.00

SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

EL(LA) SUSCRITO(A):

LUGAR	FECHA

FIRMA DIGITAL:

VISADO A DOCUMENTOS

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES SRE



LA REPÚBLICA
 DE MÉJICO
 SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES
 A. EL CASO
 PA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



STATE OF ILLINOIS



SECRETARY OF STATE

COUNTRY OF DESTINATION: [REDACTED]

APOSTILLE (Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: [REDACTED]

This public document

2. has been signed by [REDACTED]

acting in the capacity of [REDACTED]

4. bears the seal/stamp of [REDACTED]

Certified

5. at [REDACTED]

6. the [REDACTED]

7. by [REDACTED]

8. No. [REDACTED]

9. Seal/Stamp :

10. Signature:

[REDACTED SIGNATURE]

SECRETARY OF STATE
STATE OF ILLINOIS



This Apostille only certifies the signature and the seal or stamp it bears. It does not certify content of the document for which it was issued.

THIS APOSTILLE IS NOT VALID WITHIN THE UNITED STATES OF AMERICA

Printed on recycled paper. Printed by authority of the State of Illinois. August 2018 — 100M — I 168.4

SECRETARÍA DE ESTADO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y NOTARÍA PÚBLICA
MEXICO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

CERTIFICATION OF DEATH RECORD

COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS
CHICAGO, ILLINOIS
MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

632

STATE FILE NUMBER [REDACTED]

DATE ISSUED [REDACTED]

DECEDENT'S LEGAL NAME		SEX	DATE OF DEATH	
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	
COUNTY OF DEATH	AGE AT LAST BIRTHDAY	DATE OF BIRTH		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]		
CITY OR TOWN	HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME			
[REDACTED]	[REDACTED]			
PLACE OF DEATH				
[REDACTED]				
BIRTHPLACE	SOCIAL SECURITY NUMBER	STATUS AT TIME OF DEATH	SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S MAIDEN NAME	EVER IN U.S. ARMED FORCES?
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
RESIDENCE	APT. NO.	CITY OR TOWN	INSIDE CITY LIMITS?	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
COUNTY	STATE	ZIP CODE	FATHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION	MOTHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
INFORMANT'S NAME		RELATIONSHIP	MAILING ADDRESS	
[REDACTED]		[REDACTED]	[REDACTED]	
METHOD OF DISPOSITION	PLACE OF DISPOSITION	LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE	DATE OF DISPOSITION	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
FUNERAL HOME				
[REDACTED]				
FUNERAL DIRECTOR'S NAME			FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER	
[REDACTED]			[REDACTED]	
LOCAL REGISTRAR'S NAME			DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR	
[REDACTED]			[REDACTED]	
CAUSE OF DEATH - PART I				
IMMEDIATE CAUSE (any disease or condition resulting in death)		a	APPROXIMATE INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH	MINUTES
Due to (or as a consequence of)		b		DAYS
Due to (or as a consequence of)		c		DAYS
Due to (or as a consequence of)				
PART II: Enter other significant conditions contributing to death, but not resulting in the underlying cause given in PART I.			WAS AN AUTOPSY PERFORMED?	
[REDACTED]			[REDACTED]	
FEMALE PREGNANCY STATUS			WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH?	
[REDACTED]			[REDACTED]	
DATE OF INJURY	TIME OF INJURY	PLACE OF INJURY	INJURY AT WORK?	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
LOCATION OF INJURY			IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY	
[REDACTED]			[REDACTED]	
DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED			IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY	
[REDACTED]			[REDACTED]	
ATTEND THE DECEASED?	DATE LAST SEEN ALIVE	WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED?	DATE PRONOUNCED	TIME OF DEATH
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IF IER			DATE CERTIFIED	
[REDACTED]			[REDACTED]	
NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH			PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER	
[REDACTED]			[REDACTED]	

NOT FOR REPRODUCTION AND COUNTY SEAL'S AT BOTTOM



This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with [REDACTED] Public Health.

[REDACTED]
Cook County Clerk



ANY ALTERATION OF PHRASES VOIDS THIS CERTIFICATE

LIBRARY
PARAT...
ZIMAP

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ANDERSEN MORGAN FUNERAL HOME

[Redacted]

Consul General De Mexico

[Redacted]

CERTIFICADO DE TRADUCCION

Yo [Redacted] certifico que yo traduje los 3 documentos adjuntos de Ingles a Espanol y que esta su traduccion es correcta y verdadera.

Los restos humanos de [Redacted], que fallecieron e [Redacted] en el [Redacted] Han sido embalsamados, conservados y preparados para ser enviados a [Redacted]. Los restos fueron desinfectados externamente. [Redacted]

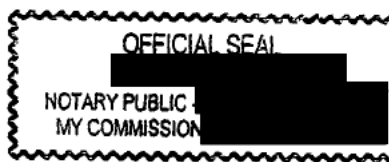
[Redacted]. El ataúd está herméticamente sellado y contiene únicamente los restos con la ropa de dicho difunto.

[Redacted]
Embalsamador licenciado
Licencia d [Redacted]

[Redacted]
Traductor

[Redacted]
El [Redacted] a quien yo conosco personalmente, se presento ante mi y firmo esta forma y reconocio que ella lo llevo a cago.

[Redacted]
Notary Public



ANDERSEN MORGAN FUNERAL HOME



CERTIFICADO DE TRADUCCION

Yo [redacted] certifico que yo Traduje los 3 documentos adjuntos de Ingles a Espanol y que esta traduccion es correcta y verdadera.

Numero de expediente del Estado: [redacted]

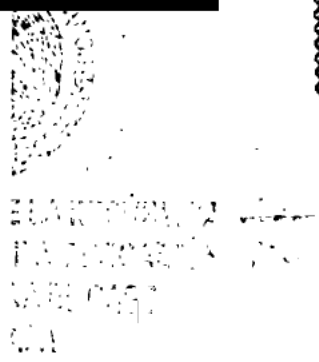
- 1. el Nombre Del Fallecido
- 2. el Sexo
- 3. la Fecha de la Muerte
- 4. condado de la Muerte
- 5. la Edad de su ultimo cumpleaños
- 6. la fecha de nacimiento
- 7a. ciudad o pueblo
- 7b. Nombre del hospital o institucion
- 8a. lugar que Fallecio
- 8b. lugar de Nacimiento
- 9. numero del seguro social
- 10. casado, nunca casado, viudos, divorciado
- 11. nombre de esposa de surviving
- 12. fuerzas armadas
- 13a. residencia
- 13b. ciudad
- 13c. condado
- 13d. estado
- 13e. codigo de postal
- 14. nombre de padre
- 15. nombre de madre
- 16a. nombre de los informantes
- 16b. relacion de nombre de informante
- 16c. direccion
- 17. metodo de disposicion
- 18. lugar de disposicion
- 19. lugar cuidada
- 20. la fecha de disposicion
- 21a. nombre de funeraria
- 21b. firma de director de funeral
- 21c. el numero de la licencia
- 22. la firma local del Registrador
- 23. la Fecha archivo
- 24. causa de muerte

- 25. autopsia
- 26. se usaron los resultados de la autopsia para completar la causa se la muerte
- 27. manera de morir
- 28. asistir al fallecido
- 29. fecha de la ultima ves que lo vio vivo
- 30. examinador medico notificado
- 31. hora de muerte
- 32. certificador
- 33. fecha certificada
- 34. nombre direccion y codigo postal de la persona que completo



[redacted]
llevo a c
Notario

personalment, se presento ante mi y firmo esta forma y reconocio que ella lo



635

ANDERSEN MORGAN FUNERAL HOME



Consul General De Mexico

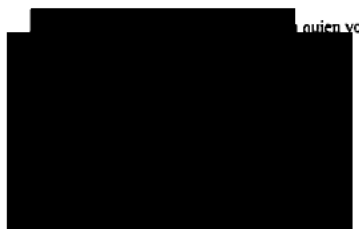
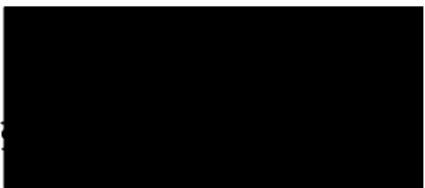
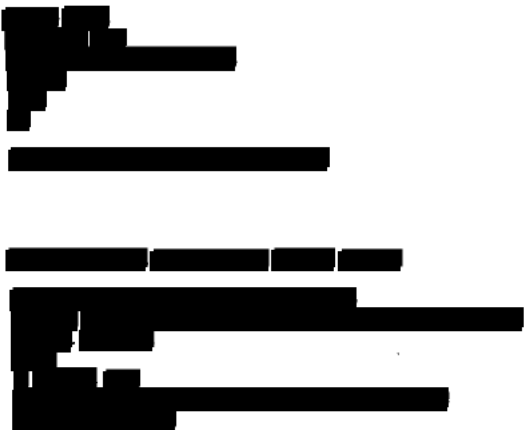


CERTIFICADO DE TRADUCCION

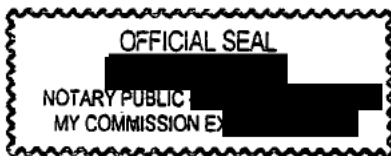
Yo [redacted] certifico que yo traduje los 3 documentos adjuntos de Ingles a Espanol y que esta su traduccion es correcta y verdadera.

Departamento de Salud Pública de Illinois División de Registros Vitales
Permiso para la disposición del cuerpo humano muerto

Nombre del difunto
 Fecha de muerte
 Lugar de la Muerte (Calle o Institución)
 Ciudad
 Condado
 Veterano
 Lugar de Disposición
 (nombre y Ubicación del Cementerio, Crematorio)
 Cremación
 Si se comprueba cualquiera de los items anteriores,
 este permiso debe ser firmado por el Registrador local
 Nombre y dirección del médico que firmará
 el certificado de defunción
 Certifico que he contactado con el médico y
 él / ella suspirará certificado de defunción
 Nombre y dirección de la funeraria
 Firma del Registrador
 Dist NO.
 Fecha de emisión del permiso
 Dirección del registrador



quien yo conosco personalmente, se presento ante mi y firmo esta forma y reconocio que ella lo llevo a cago.



EL REGISTRO DE
INVESTIGACION
DEL CASO
SA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

636

ANDERSEN MORGAN FUNERAL HOME

[Redacted]

Consul General Mexico

12 June, 2019

[Redacted]

The human remains of

[Redacted]

The casket is hermetically sealed and contains only the remains with clothing of said deceased.

[Redacted]

Licensed Embalmer

[Redacted]

[Redacted]

2019



Notary Public



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
RAEL GONZALEZ
AFA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

NO. DE ORDEN:	CHC/258/19
DERECHOS EN MONEDA LOCAL:	0.00
DERECHOS EN DÓLARES:	0.00

SERVICIO EXTERIOR MEXICANO

EL(LA) SUSCRITO(A): [REDACTED]

LUGAR:	FECHA:
[REDACTED]	[REDACTED]

FIRMA DIGITAL: [REDACTED]

[REDACTED] VISADO A DOCUMENTOS [REDACTED]



SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

MEXICO
 AGENCIA
 DE INVESTIGACION
 EXTRANJERÍA

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

638

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

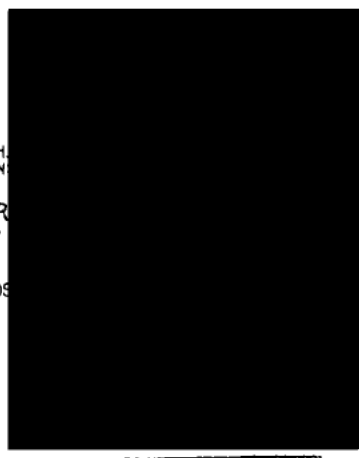
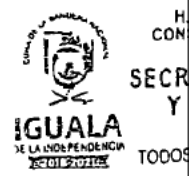
Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto
[Redacted]

Civ.	Prod.	Cart.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Importe con Letra:								
							SubTotal	[Redacted]
							Descuento	[Redacted]
							Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]
Cajero GRECIA IRAIS MEDINA RODRIGUEZ



el No digital del CFDI: [Redacted]
el No del SAT: [Redacted]
Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [Redacted]

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION IMPRESA DE UN CFDI
INVESTIGACION
NO SE PUBLICA
[Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

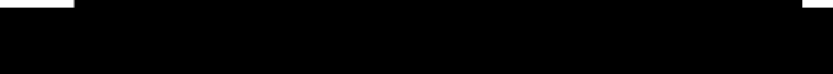
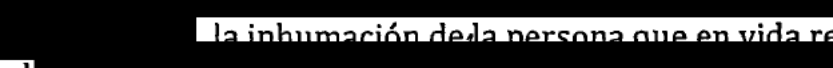
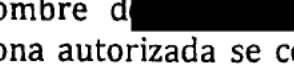
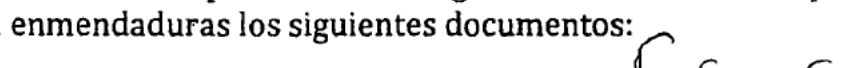
DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 23 del mes Junio del 20 19

Se autoriza  con domicilio  tel. n.º  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. *Fosa Común*
- 1 copia del acta de defunción. *Panteón común*
- 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.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
MUNICIPAL DE IGUALA GRO
DIRECCION DE
PANTEONES
2018-2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

(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 GOBIERNO
MUNICIPAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018-2021

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

ANTECEDENTES
TODOS JUNTOS
Haremos Historia
640

Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]
Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Importe con Letra: [redacted]	SubTotal [redacted]
	Descuento [redacted]
	Total Comprobante [redacted]

Código Fiscal UID [redacted]
Número de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]

INVESTIGACIÓN
DEL CASO
PA

Total del CFDI: [redacted]

Original del complemento de certificación digital del SAT: [redacted]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

JODOS **J**UNTOS
Haremos Historia

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

641

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Im con Letra: [Redacted]						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]
Cajero [Redacted]

ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
ADMINISTRACIÓN DE LOS IMPUESTOS SOBRE EL VALOR AGREGADO
10/03/2015

Se llo digital del CFDI:

Se llo del SAT:

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION IMPRESA DE UN CFDI

ESTADO REPUBLICANO
INVESTIGACIÓN
DEL CASO
SA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA, GRO.

Dependencia-Secretaría
SINDICATURA MUNICIPAL.
Sección de Correspondencia
Núm. de Oficio 226/1986.
Expediente

64

ASUNTO:- Se adquirió una perpetuidad en la [redacted] ampliación del panteón nuevo Municipal.

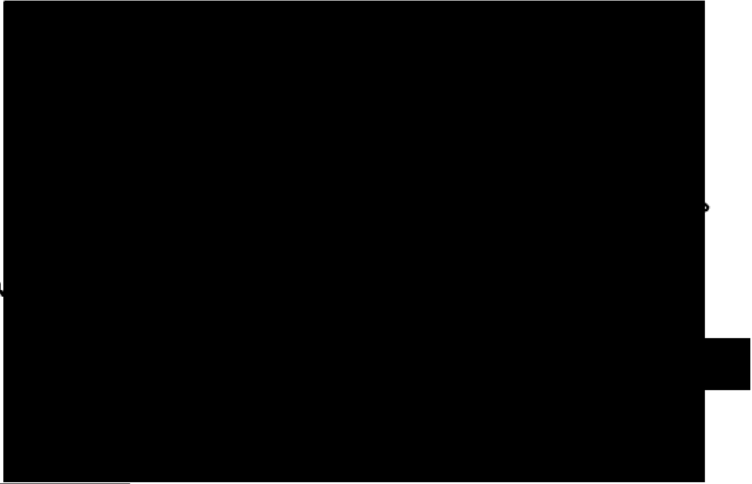
Iguala, Gro., 31 de Diciembre de 1986.

A QUIEN CORRESPONDA:

Este H. Ayuntamiento Municipal Constitucional que me honro en presidir, hace constar que con esta fecha el C. - [redacted] adquirió una perpetuidad en [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] sección del panteón - nuevo Municipal.



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
PRESIDENCIA MUNICIPAL
IGUALA, GRO.



EL [redacted]
PRO [redacted]

C. [redacted] El C. Administrador del panteón nuevo Municipal.-Para su conocimiento.-Ciudad.



EL LA REPUBLICA
INVESTIGACION
RA EL CASO
APA

Al contestar este oficio cítese los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

A QUIEN CORRESPONDA:

Por acuerdo del Lic. [REDACTED] Presidente Municipal y con fundamento en el artículo 128, Fracción XI de la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Guanajuato, comunico a usted que habiendo reunido los requisitos legales respectivos, se autoriza el traslado de quien en vida llevó por nombre

[REDACTED]

Lo anterior para su conocimiento y fines consiguientes.

ATENTAMENTE
"UN GOBIERNO DIFERENTE"

ACAMB

LIC.
SECRETARÍA

[REDACTED]



9.
AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SECRETARÍA
ACÁMBARO GTO

C.c.p. Tesorería Municipal. Para su conocimiento y fines consiguientes.
C.c.p. Interesado
C.c.p. Archivo Municipal

Andador Juárez No. 780 Centro Histórico, C.P. 38600 Acámbaro, Gto.
Tels: (417) 118 03 00 y 172 11 38



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



DIRECCION DE PANTEONES




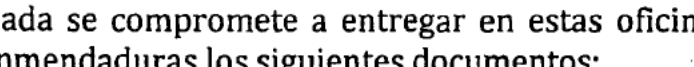
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

644

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 16 del mes JUNIO del 2019

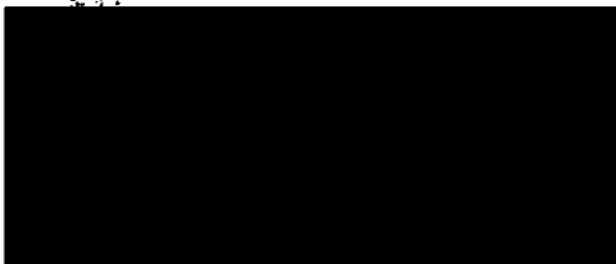
Se autoriza al C.  con domicilio  tel. no.  la autorización de la persona que en vida respondió al nombre de . La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



MUNICIPAL
IGUALA GRO
DIRECCION DE
PANTEONES
2021
HISTORIA

INVESTIGACION
A EL CASO
PA

(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

645



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO



Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]

Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECIFICOS DEL RECIBO

Concepto
ISERIE N° FOLIO 3292
[redacted]

C	od.	Cant.	Clv. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Importe con Letra:								
							SubTotal	[redacted]
							Descuento	[redacted]
							Total Comprobante	[redacted]

Folio Fiscal UUID [redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]
Cajero [redacted]



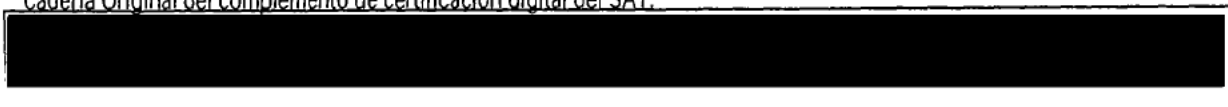
Sello digital del CFDI:



Sello del SAT:



Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION IMPRESA DE UN CFDI

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

696

PAGAR
INHUMACION
PANTEON

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

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"/>		4. ENTIDAD DE ORIGEN Entidad _____		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>		6. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Extranjera <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 _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Oviado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Año de domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____		10.3 País _____ 10.4 Núm. Int. _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Estado o entidad federativa _____ 10.11 País (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 _____ 11.2 Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba _____ 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 type="radio"/> PEME <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 _____		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 _____ 14.2 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 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 País exterior _____ 15.3 Núm. Interior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Núm. Interior _____ 15.7 Localidad _____ 15.8 Municipio o delegación _____ 15.9 Estado o entidad federativa _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, estema, 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 congnada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica Debido a (o como consecuencia de) _____ 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										Intervio apropiado entre el modo de la enfermedad y la muerte Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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 durante el 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"/> Suceso <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(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 _____				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. Interior _____ 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 Estado o entidad federativa _____											
23. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARIENTES Cónyuge _____ Padre _____ Madre _____ Hijo _____ Hija _____ Señor _____ Señora _____ Se ignora _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico _____ Persona autorizada por la Secretaría de Salud _____ Número de identificación _____		26. SI EL FALLECIDO(A) _____ 26.1 Nombre _____ 26.2 Fecha _____ 26.3 Lugar _____ 26.4 Estado o entidad federativa _____ 26.5 Municipio o delegación _____ 26.6 Localidad _____ 26.7 Código Postal _____ 26.8 País _____		27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FINANCIA Número de identificación _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 País exterior _____ 29.2 Núm. Interior _____ 29.3 Tipo de asentamiento humano _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Localidad _____ 29.7 Municipio o delegación _____ 29.8 Estado o entidad federativa _____							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA 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 Estado o entidad federativa _____ 32.4 Día _____ 32.5 Mes _____ 32.6 Año _____															

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

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

REGISTRO CIVIL

UNIDAD DE REGISTRO DE LA CIUDAD DE [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ESTADO FEDERAL: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

ACTA N.º: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

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

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

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

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE N.º EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

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: [REDACTED]

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

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

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

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

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

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

¿PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES?

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED] [REDACTED] [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 MAYOR DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED]

SELO DE LA DISTRICCIÓN
GOBIERNO DEL ESTADO
REGISTRO CIVIL
2016 2021

647

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

LA REPUBLICA
 INVESTIGACION
 EN EL CASO
 [REDACTED]

648

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

2. FECHA DE NACIMIENTO
 Día _____ Mes _____ Año _____

3. SEXO
 Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS (SI NACIÓ EN EL EXTRANJERO)

5. CURP
 _____ Se ignora

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

7. NACIONALIDAD
 Mexicana Otra Especifique _____ 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 _____

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) _____

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 Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL
12.1 Trabajaba _____ 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 _____

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 (GLUES) _____

14.3 Vía pública Hogar Otro lugar Se ignora

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 _____

15.7 Código Postal _____ **15.8** Localidad _____ **15.9** Municipio o delegación _____

16. FECHA DE LA DEFUNCIÓN
 Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

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, asfexia, etc.)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
 a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) 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

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 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?
 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 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(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 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** 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 _____ Segundo Apellido _____

24. PAÍS DE ORIGEN (LA) FALLECIDO(A)

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

26. SI EL DEFUNTO

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE
 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE
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** 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 OFICINA REGISTRO CIVIL
 Núm. _____ Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN
32.1 _____ **32.2** _____ **32.3** Entidad federativa _____ **32.4** Día _____ Mes _____ Año _____

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

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

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 11 Fracc. 324 LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 OFICIALIA [REDACTED] FECHA DE REGISTRO [REDACTED]
 ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]
 MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE

MUJER

NOMBRE: [REDACTED]

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

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

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

DOMICILIO HABITUAL: [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: [REDACTED]

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

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

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

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

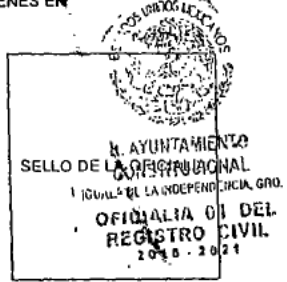
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

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. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL LIC. [REDACTED]





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modulo: 2017.1
FOLIO

650

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 LOS PARTICULARES 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]

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. [Redacted]

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 [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

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) Vuelto(a) Casado(a) En unión libre Divorcedo(a) Soltero(a) Se ignora

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 [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 Se ignora

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 Se ignora

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [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? Sí No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 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

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) 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

[Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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? 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, 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 Viviencia colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Granja (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 [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 [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 INE

23. HOMBRES [Redacted]

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico (g)ista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES: [Redacted] Número de la [Redacted]

27. HOMBRES [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] humano [Redacted]

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

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

DEL REG. CIVIL

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]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



65L



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 ESTADO DE GUANAJUATO
 REGISTRO CIVIL
 ACTA DE DEFUNCION

CRIP: _____ CURP: _____

OFICIALIA: _____ LIBRO No. _____ ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____ FECHA DE REGISTRO
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

MUNICIPIO O DELEGACION: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO NOMBRE: _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO
NOMBRE (S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

EDAD: _____
(AÑOS, MESES, DIAS, HORAS, MINUTOS)

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

DOMICILIO: _____
NOMBRE DE LA CALLE, No. INTERIOR, No. EXTERIOR Y COLONIA

_____ LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____ CERTIFICADO No.: _____

LUGAR FALLECIMIENTO: _____
LUGAR

_____ LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION: CREMACION: NUMERO DE ORDEN: _____

DATOS DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
PANTEON

_____ UBICACION, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

TIPO DE DEFUNCION: _____

MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION: _____

DOMICILIO: _____ CED. PROF.: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____ AÑOS

PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

SELO DE LA OFICINA

INVESTIGACION DEL CASO

PRECIO: \$0.00

Art. 110 Fracc. V, LFTAIP Motivación

SELO DE CONTROL

Art. 110 Fracc. V, LFTAIP

SE LO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO

NO APARECIERON EN EL MOMENTO DE FIRMA

Julio

2019

2a. Ampliación
Panteón Mpal.

SECRETARÍA DE
INVESTIGACIÓN
EN EL CASO
444



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

FC-19

653

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) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (anote en el estanco) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra _____ Se ignora <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>			
9. ESTADO CONYUGAL 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____ 9. Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorcedo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (s) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. 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 (preñada en el estanco) _____			
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 type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 11.2 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 3			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input 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 _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PROSPERA <input type="checkbox"/> 4 ISSST <input type="checkbox"/> 6 SEDENA <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica pública <input type="checkbox"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de vivienda: Pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogal <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
DE LA DEFUNCIÓN			
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) Doble a la causa precedente de: _____ 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 morboso que la produjo g) _____ h) _____ Intervalo que transcurrió entre el inicio de la enfermedad y la muerte i) _____ 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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas tienen complicaciones relativas al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidental <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 trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="checkbox"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 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 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 Num. Exterior _____ 22.7.4 Num. 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			
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 24. PUESTO DEL CERTIFICANTE _____ 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona designada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6 Especifique _____ 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 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 28.3 Num. Exterior _____ 28.4 Num. Interior _____ 28.5 Nombre del asentamiento humano _____ 28.6 Municipio o delegación _____ 28.7 Localidad _____ 28.8 Localidad _____ 28.9 Municipio o delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____ 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
DEL REG. CIVIL			
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____ 31.5 Acto Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

LA REPUBLICANA
 INVESTIGACIÓN
 SA EL CASO
 ACA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO

654

ANTES DE LLENAR LAS INSTRUCCIONES DE LA PARTE I

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE DATOS PERSONALES OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE DATOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>		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 _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Nombre del asentamiento humano _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. TRABAJA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>		13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Nombre del asentamiento humano _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PART E 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 PART E II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo e) _____ f) _____		19. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Intervalo que transcurrió entre el inicio de la enfermedad y la muerte Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>	
20. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 20.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		21. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> homicidio <input type="checkbox"/> suicidio <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>	
24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 24.1 Tipo de actividad Área industrial (taller, fábrica o mina) <input type="checkbox"/> Granga (hacienda o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Su ignora <input type="checkbox"/>		25. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 25.1 Descripción de la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente <input type="checkbox"/>	
26. ANOTE EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN DEL PRESUNTO ACCIDENTO, HOMICIDIO O SUICIDIO 26.1 Tipo de vivienda 26.2 Nombre de la vivienda 26.3 Núm. Exterior _____ 26.4 Núm. Interior _____ 26.7 Código Postal _____ 26.8 Localidad _____ 26.9 Municipio o delegación _____ 26.10 Nombre del asentamiento humano _____		27. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 27.1 Tipo de actividad 27.2 Nombre de la actividad 27.3 Núm. Exterior _____ 27.4 Núm. Interior _____ 27.7 Código Postal _____ 27.8 Localidad _____ 27.9 Municipio o delegación _____ 27.10 Nombre del asentamiento humano _____	
28. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 28.1 Nombre del asistente al defunto 28.2 Código Postal _____ 28.3 Localidad _____ 28.4 Municipio o delegación _____ 28.5 Nombre del asentamiento humano _____		29. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 29.1 Nombre de la entidad federativa 29.2 Municipio o delegación 29.3 Localidad 29.4 Municipio o delegación	
30. FECHA DE CERTIFICACION Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Num. _____ Libro Num. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		33. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 33.1 Nombre del médico _____ 33.2 Número de la licencia profesional _____	

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEL REGISTRO CIVIL DEBE RECIBIR ESTE DOCUMENTO EN LA SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
INVESTIGACION
BIBLIOTECA
ATA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO



Serie [redacted]
Folio [redacted]
Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]
Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]

655

Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

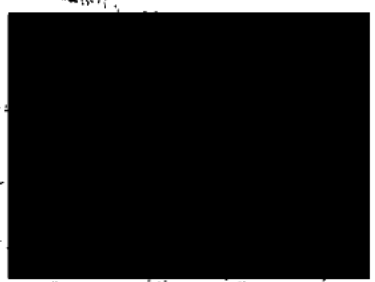
Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Importe con Letra: [redacted]						SubTotal	[redacted]
						Descuento	[redacted]
						Total Comprobante	[redacted]

Código Fiscal UUID [redacted]
Clave de Serie del Certificado SAT [redacted]
Fecha y Hora de Certificación [redacted]
Ajero [redacted]



Código digital del CFDI: [redacted]

Código del SAT: [redacted]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [redacted]

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION IMPRESA DE UN CFDI



INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
INAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

656

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ESTADO: _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
FINADO: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

NOMBRE: _____
NOMBRE: _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____

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

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION _____ EMACION _____ NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
LUGAR DONDE FALLECIO: _____

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

TIPO DE DEFUNCIÓN: _____
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: _____
PROFESION DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

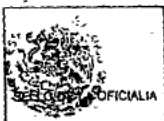
PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

_____ DELEGADO
_____ DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO ELLOS INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPEDIRON

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

 **SECRETARIA OFICIALIA**



LA INTERCUIDA
INVESTIGACION
DEL CASO
M.

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

657

US DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES 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 FALLECIDO

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer apellido		Segundo apellido		657	
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
Día Mes Año			Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD					
Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique					
8. EDAD CUMPLIDA		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
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		Separado(a)		Viudo(a)		Casado(a)		Se ignora	
En unión libre		Divorciado(a)		Soltero(a)		Se ignora			
10. RESIDENCIA HABITUAL									
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)									
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 federaliva									
11. ESCOLARIDAD					12. OCUPACIÓN HABITUAL				
Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD					14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSST <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				
13.1 Número de seguridad social o afiliación					14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN									
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)									
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 federaliva									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN					17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año Horas Minutos					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)									
PARTE I							Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							Código CIE		
a) [Redacted]							[Redacted]		
Causas antecedentes							b) [Redacted]		
Estados mórbidos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							Debido a (o como consecuencia de)		
c) [Redacted]							[Redacted]		
Debido a (o como consecuencia de)							[Redacted]		
d) [Redacted]							[Redacted]		
PARTE II							Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							Código CIE		
[Redacted]							[Redacted]		
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?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Código CIE			
El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]			
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)		[Redacted]			
22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		[Redacted]		[Redacted]			
Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>		Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 federaliva									
23. [Redacted]					24. PARENTESCO (A)				
Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido					[Redacted]				
25. CERTIFICADA POR					26. [Redacted]				
Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					[Redacted]				
27. NOMBRE					28. [Redacted]				
Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido					[Redacted]				
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 Nombre del asentamiento humano 29.6 Localidad 29.7 Código Postal 29.8 Municipio o delegación 29.9 Entidad federaliva 29.10 Teléfono									
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA				
Día Mes Año					SECRETARÍA DE SALUD				
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					33. [Redacted]				
Localidad					[Redacted]				

Art. 110
 Fra...
 LET...
 Motivación 1

LETAM...
 Motivación 2

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
2018 - 2021

658

Nº



Iguala de la independencia, Gro., a 6 del mes Septiembre del 2019

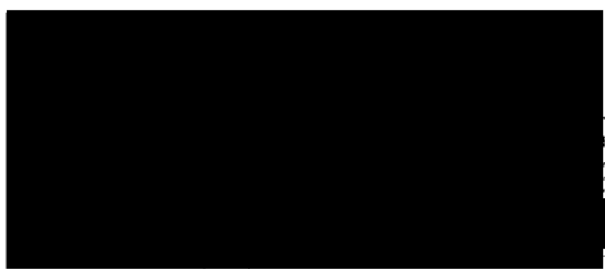
Se autoriza al [Redacted] con domicilio [Redacted] tel. no [Redacted] la inhumación de la persona que en vida respondió al nombre de [Redacted]. La persona autorizada se compromete a entregar en estas oficinas copias sin tachaduras, ni enmendaduras los siguientes documentos:

- 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.



AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
2018 - 2021
TODOS JUNTOS HAREMOS HISTORIA

(733) 33 396 00 Ext. 150

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

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

SECRETARÍA DE GOBIERNO
ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE GOBIERNO
SECRETARÍA DE GOBIERNO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

REGISTRO CIVIL



659

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA FECHA DE REGISTRO LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

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

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:

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

DOMICILIO HABITUAL: (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIORE INTERIOR) ESTADO CIVIL:

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD:

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: HORA:

LUGAR: CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION DIRECCION DEL PANTEON O CREMATOARIO:

UBICACION: ORDEN NO.:

DONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

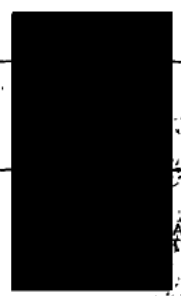
DOMICILIO: OCUPACION:

NOMBRE: EDAD:

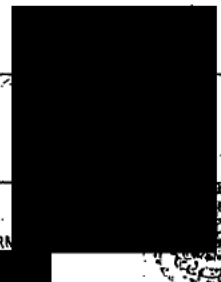
NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES



FIRMAS



LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN LOS INTERESADOS Y QUIENES NO ASISTIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO ASISTIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO ASISTIERON Y SABEN HACERLO

EL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL UC. DE INVESTIGACION PARA EL CASO NOTIADA

II. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL JUZGADO DE LA INDEPENDENCIA, S.P.A. OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL 2018-2021

Art. 1 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

INTERESADO

Fracc. I LFTAIP Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

660

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 CONFINANDO 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 NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hom <input type="checkbox"/> Mu <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____ Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda: _____ 10.2 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.4 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> 12.2 Descripción de la ocupación: _____ 12.3 Número de seguridad social o situación: _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____ 14.3 Tipo de vivienda: _____ 14.4 Nombre del asentamiento humano: _____ 14.5 Tipo de asentamiento humano: _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior: _____ 15.2 Núm. Interior: _____ 15.3 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.4 Nombre del asentamiento humano: _____ 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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/>	
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) _____ 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. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE: _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> Ig <input type="checkbox"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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 federativa: _____	
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PATERNO EL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____ 26. SI EL CERTIFICADO ES LEGISTA Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 29.3 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.4 Núm. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Código Postal: _____ 29.7 Localidad: _____ 29.8 Municipio o delegación: _____ 29.9 Entidad federativa: _____ 29.10 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: _____ 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 Fracc. I
 LFTAIP LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2



661

Serie [REDACTED]
 Folio [REDACTED]
 Tipo de Comprobante [REDACTED]
 Fecha [REDACTED]
 Lugar de Expedición [REDACTED]
 Número de serie del Certificado [REDACTED]

Número Recibo [REDACTED]
 Versión 3.3

EMISOR

Nombre [REDACTED]
 R.F.C. [REDACTED] Régimen Fiscal [REDACTED]

RECEPTOR

Cliente [REDACTED]
 R.F.C. [REDACTED] Uso del CFDI [REDACTED]

DATOS GENERALES

Moneda [REDACTED] Forma de Pago [REDACTED]
 Condiciones de Pago [REDACTED]
 Método de Pago [REDACTED]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [REDACTED]

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Im con Letra:							
						SubTotal	[REDACTED]
						Descuento	[REDACTED]
						Total Comprobante	[REDACTED]

Folio Fiscal UUID [REDACTED]
 No. de Serie del Certificado SAT [REDACTED]
 Fecha y Hora de Certificación [REDACTED]
 Cajero [REDACTED]



Sello digital del CFDI: [REDACTED]

Sello del SAT: [REDACTED]

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [REDACTED]



ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION IMPRESA DE UN CFDI

LA COMISIÓN
 DE MEDIACIÓN
 DEL CASO
 24

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

TODO
JUNTOS
Haremos Historia

662

Número Recibo [Redacted]
Versión 3.3

Serie [Redacted]
Folio [Redacted]
Tipo de Comprobante [Redacted]
Fecha [Redacted]
Lugar de Expedición [Redacted]
Número de serie del Certificado [Redacted]

EMISOR

Nombre [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Régimen Fiscal [Redacted]

RECEPTOR

Cliente [Redacted]
R.F.C. [Redacted] Uso del CFDI [Redacted]

DATOS GENERALES

Moneda [Redacted] Forma de Pago [Redacted]
Condiciones de Pago [Redacted]
Método de Pago [Redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [Redacted]

Clv. Prod.	Cant.	Clv. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Im con Letra:						SubTotal	[Redacted]
						Descuento	[Redacted]
						Total Comprobante	[Redacted]

Folio Fiscal UUID [Redacted]
No. de Serie del Certificado SAT [Redacted]
Fecha y Hora de Certificación [Redacted]
Cajero [Redacted]



Sello digital del CFDI:



Sello del SAT:



Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:



ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

DE LA REPÚBLICA
E INVESTIGACIÓN
RA EL CASO
LABA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

663

REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: _____

IDENTIFICACION: _____

SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

FINADO: _____

OMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LOCALIDAD (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS) _____

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

OMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

OMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

OMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

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

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

ONDE FALLECIO: _____

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

PO DE DEFUNCION: _____

OMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

OMCILIO: _____

DECLARANTE

OMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

OMCILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

OMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

OMCILIO: _____ OCUPACION: _____

OMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

OMCILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

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 IMPEDIRAN HACERLO

EL C. OFICIAL NO. _____ DEL REGISTRO CIVIL LIC. _____

SELLO DE LA OFICINA
AYUNTAMIENTO _____

REPUBLICA
INVESTIGACION
DAD CASE
SPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

664

REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

FECHA DE REGISTRO: _____

ACTA No. _____ LOCALIDAD: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____

NOMBRE(S) _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑOS _____ MESES _____ DÍAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAÍS)

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

_____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAÍS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

METODO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

ONDE FALLECIO: _____

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

TIPO DE DEFUNCIÓN: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

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 HUUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL EN EL REGISTRO CIVIL LIC. _____

SELO DE AUTENTICIDAD
AFONTAMIENTO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIAZ

DE LA INSTITUCIÓN

DE INVESTIGACIÓN

DE LA CATEGORÍA

DE LA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

665

ENTREGUE EL ORIGINAL LA COPIA ROSA Y LA COPIA AZUL AL REGISTRO CIVIL PARA CBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
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 LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="checkbox"/>	
Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
Minutos		Horas		Días		Meses	
Para personas de un año o más		Años		Se ignora <input type="checkbox"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
						Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/>	
						En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Tipo de vialidad			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
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)			
11. ESCOLARIDAD		11.1. La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="checkbox"/>	
Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		14.3 Tipo de lugar	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Tipo de vialidad			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
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		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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		Código CIE			
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)							
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 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?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 13 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Código CIE	
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="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3.1 Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico-legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
27. NOMBRE		28. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vialidad			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
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					

Art. 110
Fracc. V, VII

Art. 113

LETAIP
Motivación 1

LETAIP
Motivación 2



MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO

JODOS
JUNTOS
Haremos Historia

666

Serie [REDACTED]
Folio [REDACTED]
Tipo de Comprobante [REDACTED]
Fecha [REDACTED]
Lugar de Expedición [REDACTED]
Número de serie del Certificado [REDACTED]
Número Recibo [REDACTED]
Versión 3.3

EMISOR

Nombre [REDACTED]
R.F.C. [REDACTED] Régimen Fiscal [REDACTED]

RECEPTOR

Cliente [REDACTED]
R.F.C. [REDACTED] Uso del CFDI [REDACTED]

DATOS GENERALES

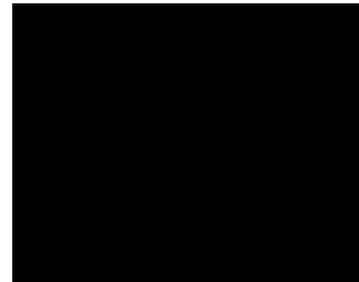
Moneda [REDACTED] Forma de Pago [REDACTED]
Condiciones de Pago [REDACTED]
Método de Pago [REDACTED]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [REDACTED]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U.	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Imp on Letra:							
						SubTotal	[REDACTED]
						Descuento	[REDACTED]
						Total Comprobante	[REDACTED]

Folio Fiscal UUID [REDACTED]
No. de Serie del Certificado SAT [REDACTED]
Fecha y Hora de Certificación [REDACTED]
Ajero [REDACTED]



Código digital del CFDI: [REDACTED]

Código del SAT: [REDACTED]

cadena Original del complemento de certificación digital del SAT: [REDACTED]



ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION IMPRESA DE UN CFDI

EN LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
EN EL CASO
APA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



Serie [redacted]
Folio [redacted]

Tipo de Comprobante [redacted]
Fecha [redacted]

Número Recibo [redacted]
Versión 3.3

Lugar de Expedición [redacted]
Número de serie del Certificado [redacted]

667

EMISOR

Nombre [redacted]
R.F.C. [redacted] Régimen Fiscal [redacted]

RECEPTOR

Cliente [redacted]
R.F.C. [redacted] Uso del CFDI [redacted]

DATOS GENERALES

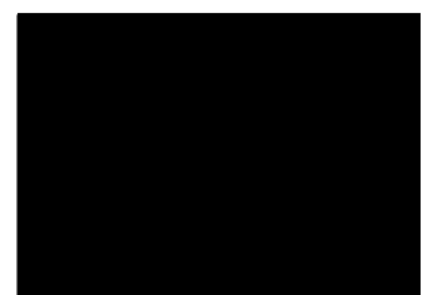
Moneda [redacted] Forma de Pago [redacted]
Condiciones de Pago [redacted]
Método de Pago [redacted]

DATOS ESPECÍFICOS DEL RECIBO

Concepto [redacted]

Civ. Prod.	Cant.	Civ. U	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Importe
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Im con Letra:						SubTotal	[redacted]
						Descuento	[redacted]
						Total Comprobante	[redacted]

olio Fiscal UUID [redacted]
o. de Serie del Certificado SAT [redacted]
echa y Hora de Certificación [redacted]
ajero [redacted]



lto digital del CFDI: [redacted]

lto del SAT: [redacted]



adena Original del complemento de certificación digital del SAT: [redacted]

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION IMPRESA DE UN CFDI



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



668



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS OFICIALIA FECHA DE REGISTRO
 MUNICIPIO ACTA No. LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

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

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD:

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

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

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD:

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO FECHA DE DEFUNCION: HORA:

LUGAR: CERTIFICADO NO.:

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

UBICACION: ORDEN NO.:

ONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LEYERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SUS NOMBRES

EL C. OFICIAL No. DEL REGISTRO CIVIL LIC. REPUBLICA INVESTIGACION EL CASO



Fracc. VCVIII LFTAI Motivación 1

Fracc. VCVIII LFTAI Motivación 2

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

FOLIO

669

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE [Redacted]	
2. FECHA Y HORA DEL FALLECIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique [Redacted]	
5. CUERPO Se ignora <input type="radio"/> 99		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> 5 En union libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		10. INFIRMECÍA HABITUAL 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted]	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]		8.2 Semanas de gestación [Redacted]		8.3 Peso (gramos) [Redacted]	
10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Num. 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 ocurrió en el extranjero) [Redacted]		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> 11.2 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 3 PEME <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 7 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 PEME <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 ISSSTE <input type="radio"/> 2 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]		14.3 Tipo de vialidad [Redacted] 14.4 Nombre de la vialidad [Redacted]	
15.3 Num. Exterior [Redacted] 15.4 Num. 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? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 8	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Enfermedad Otros estados patológicos significativos que contribuyeron al finamento, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 11 hasta 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 [Redacted]		22.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.2 Nombre de la vialidad [Redacted]		22.3 Num. Exterior [Redacted] 22.4 Num. Interior [Redacted]	
22.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		22.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		22.7 Código Postal [Redacted]	
22.8 Localidad [Redacted]		22.9 Municipio o delegación [Redacted]		22.10 Entidad federativa [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. GERENCIADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico registra <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 Especifique [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES [Redacted]		27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELEFONO 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 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]		29.10 Entidad federativa [Redacted]		29.11 Telefono [Redacted]	
30. Lugar y fecha de registro 30.1 Localidad [Redacted]		30.2 Municipio o delegación [Redacted]		30.3 Entidad federativa [Redacted]	
30.4 Dia [Redacted] 30.5 Mes [Redacted] 30.6 Año [Redacted]		30.7 Dia [Redacted] 30.8 Mes [Redacted] 30.9 Año [Redacted]		30.10 Dia [Redacted] 30.11 Mes [Redacted] 30.12 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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUESTRA DE DATOS PERSONALES

DEL CERTIFICANTE

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

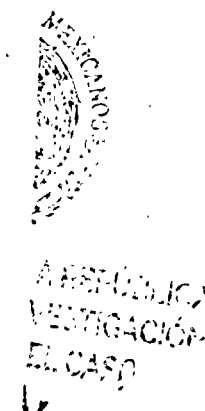
Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

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

Agosto

2019

2a. Ampliación
Panteón Mpal.



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

DIRECCION DE PANTEONES

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 2018 - 2021

Nº [REDACTED]

Iguala de la independencia, Gro., a 10 del mes Agosto del 20 19

Se autoriza al C. [REDACTED] con domicilio en [REDACTED] tel. no. [REDACTED] 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.

REPUBLICA
 MIGRACION
 EL CASO

C. [REDACTED]
DIRECTOR DE PANTEONES.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
 DE IGUALA, GRO.
DIRECCION DE PANTEONES
 2021
 REMOZAMOS HISTORIA

Informe

2014

2a Ampliación Panteón Municipal

LA REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
A EL CASO
PA

IGUALA. GRO; A 2 DE Junio 2014

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN LA AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 26 Mayo AL 2 DE Junio DEL 2014

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

[Redacted] DIRECTOR DEL PANTEON
[Redacted] AMPLIACION.

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
COMUNITARIO DE IGUALA, GRO
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2010 2014

[Redacted]

A REPOSICION
VESTIGACION
EL CASO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA, GRO., A 09 DE JUNIO DEL 2013

LIC [REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION DE PANTEON MUNICIPAL DEL 02 AL 08 DE JUNIO "NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GRO. DEPARTAMENTO DE PANTEONES 2013
RECIBO
Fecha 09/06/13
Recibo [REDACTED]

ATENTAMENTE.

ADMINIS [REDACTED] TEON
MUNICI [REDACTED] ION.
C. [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

ELABORADO
INVESTIGACION
IA EL CASO
PA

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

675

IGUALA. GRO; A 16 DE Junio 2013.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 08 AL 15 DE Junio DEL 2013.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 DEPARTAMENTO DE
 PANTEONES
 2012 - 2015

RECIBIO

Fecha 17/06 [REDACTED] 17-05
 Recibio [REDACTED]

ATENTAMENTE

AD[REDACTED]ON

MO

C. [REDACTED]

IA EL CASO

APA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

IGUALA. GRO; A 23 DE JUNIO 2014

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 16 AL 22 DE JUNIO DEL 2014

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Rec 23/06/14

[REDACTED]



ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

MU [REDACTED] PLIACION.

[REDACTED]

677

IGUALA. GRO; A 30 DE Junio 2013.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 23 AL 29 DE Junio DEL 2013

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA. GRO.
 DEPARTAMENTO DE
 PANTEONES
 2012 - 2015

RECIBIO

Fecha 12/07/13 Hora 10:20
 Recibio _____

ATENTAMENTE

AD. PANTEON
 MU. AMPLIACION.

SECRETARIA

ADEMP. LIC.
 INVESTIGACION
 EL CASO

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

678

IGUALA. GRO; A 7 DE Julio 2014

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 30 AL 6 DE Julio DEL 2014

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA. GRO.
 DEPARTAMENTO DE
 PANTEONES
 2012 - 2015
RECIBIO
 Fecha 14/07/14 Hora 10:20
 Recibio [Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

MUNICIPALIDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

[Redacted Signature]

MUNICIPALIDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 DEPARTAMENTO DE PANTEONES
 RECIBIDO
 14/07/14

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

679

IGUALA. GRO; A 14 DE Julio 2015

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] CUMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 7 AL 13 DE Julio DEL 2015

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 DEPARTAMENTO DE PANTEONES
 2015
RECIBIO
 Fecha: 14/07/15 Hora: 10:20
 Recibido: [REDACTED]

ATENTAMENTE

AD [REDACTED] DEL PANTEON

M [REDACTED] CUMPLIACION.

C. [REDACTED]

SECRETARIA DE INVESTIGACION
 DEL CASO
 [REDACTED]

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

IGUALA, GRO. A 25 DE AGOSTO DEL 2014.

680

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL.

FECHA	A	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER	ACTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTA MENTE
ADMINISTRADOR DELA

[REDACTED]
AN
PANTE
DES

Recibi
14/14

C. [REDACTED]

SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE
REGISTRO CIVIL
PARA EL CASO
2014

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

682

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 14 DE NOVIEMBRE 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

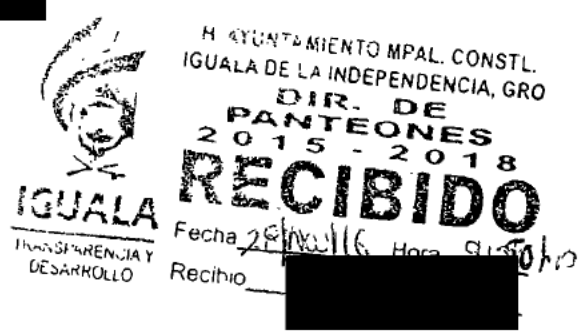
SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 7 AL 13 DE NOV. DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRACION: [REDACTED]
MUNICIPALIDAD: [REDACTED]



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

82

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO. 28 DE NOVIEMBRE 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION DEL

PANTEON MUNICIPAL DEL 21 AL 27 DE NOV. 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUNICIPALIDAD DE [REDACTED] AMPLIACION.

[REDACTED SIGNATURE]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
MAPA

AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 28 Nov 16
Recibido [REDACTED] hro

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Informe 2015

2a. Ampliación Panteón Municipal.

IGUALA. GRO; A 02 DE FEBRERO 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN LA AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 09-SEP. AL 10 DE DIC. DEL 2014

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

MUNICIPALIDAD DE IGUALA. GRO; AMPLIACION.

LA REPUBLICA
INSTRUMENTACION
DEL CASO
APA

PROCESO ORIGINAL
17:15 HRS
05/12/2015

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

685

IGUALA. GRO; A 02 DE FEBRERO 2015.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 1º ENERO AL 31 DE ENERO DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

MUNICIPAL DE AMPLIACION.

C. [REDACTED]

DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
C.P.A.

*PROBADO ORIGINAL
13/01/15 HRS
03/01/2015*

[REDACTED]


Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

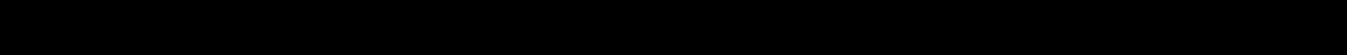



IGUALA. GRO; A 09 DE FEBRERO 2015.

JEFE DE PANTEONES.


PRESENTE.

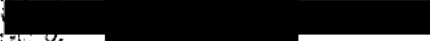
SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN  AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 1º AL 08 DE FEBRERO DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
					—
					—

ATENTAMENTE

ADMINIS  ANTEON


MUNICIP  AACION.



DE LA REPUBLICA
EN INVESTIGACION
PARA EL CASO
IAPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRC
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

RECIBIO

Fecha 20/1/15
Recibio 

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA. GRO; A 16 DE FEBRERO 2015.

[REDACTED]
JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION
DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 9 AL 15 DE FEBRERO DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

A [REDACTED] TE
ADMIN [REDACTED] PANTEON
MUNIC [REDACTED] IACION.
[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL COMISIÓN
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
DEPARTAMENTO DE
PANTEONES
2012 - 2015

RECIBIO

Fecha 20/02/2015
Recibido [REDACTED]

DE LA REUNIÓN
E INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
LAPA

IGUALA. GRO; A 23 DE FEBRERO 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 16 AL 22 DE FEBRERO DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED] E
 ADMINISTRACION DE PANTEON
 MUNICIPAL AMPLIACION.
 [REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
**DEPARTAMENTO DE
 PANTEONES
 2012 - 2015**

RECIBIO

Fecha 25/02/15
 Recibio [REDACTED]

105 M...
 LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 Y DEL CASO
 MABA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

IGUALA. GRO; A 5 DE Marzo 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 26 febrero AL 4 DE marzo DEL 2015

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
-------	--------	------	---------	------	-------

[Redacted]

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMIN [Redacted] PANTEON

MUNIC [Redacted] ACION.

C [Redacted]



ESTADO DE OAXACA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
EN EL CASO
SIFA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

690
690


IGUALA. GRO; A 2 DE MARZO 2015.

[REDACTED]
JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION
DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 21-FEB AL 27 DE MARZO DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]



 [REDACTED] N T E
 ADM [REDACTED] EL PANTEON
 MUN [REDACTED] AMPLIACION.
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED] DEL CASO
 [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA. GRO; A 9 DE MARZO 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 01 AL 08 DE MARZO DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
-------	--------	------	---------	------	-------

[Redacted]

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRACION DEL PANTEON MUNICIPAL

[Redacted Signature]

[Redacted Stamp]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA, GRO., A 28 DE MARZO DEL 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 21 AL 27 DE MARZO "NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

MUN [Redacted] DN.

[Redacted Signature]

Recibo Original
[Redacted]



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
EN EL CASO
[Redacted]

693

ASUNTO: INFORME SEMANAL.

IGUALA, GRO., A 16 DE MAYO DEL 2015.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 9 AL 15 DE MAYO "NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON MUNICIPAL [REDACTED]ACION.

C. [REDACTED]



EN LA REPUBLICA
INVESTIGACION
DEL CASO
ADA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 30/05/16 Hrs 14:16
Recibo [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA. GRO; A 18 DE MAYO 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] PLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 03 AL 17 DE MAYO DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Recibido Original 2015



LA REPUBLICA
INVESTIGACION
EL CASO
IAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

695

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; A 5 DE OCTUBRE 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.


SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 18 Sept. AL 4 DE octubre DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

AT 
 ADMINIS  NTEON
 MUNICI  CION.

Rec Original




ESTADO MEXICO
 SECRETARIA DE INTERIORES
 DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION
 RELATIVA AL CASO
 123456789

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

IGUALA. GRO; A 12 DE OCTUBRE 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 5 AL 11 DE OCTUBRE DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

AD[Redacted] PANTEON
MUNICIPAL DE IGUALA
INFORMACION.

Recibo original

[Redacted]

IGUALA. GRO; A 19 DE JULIO 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 17 AL 18 DE OCTUBRE DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	—
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	—
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—

Original
[Handwritten signature]

AT [Redacted] ENTE
ADMINI [Redacted] DEL PANTEON
MUNICI [Redacted] MPLIACION.
C. [Redacted]



698

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; A 26 DE OCTUBRE 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 19 AL 25 DE OCTUBRE DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]



A [Redacted]
 ADMIN [Redacted]
 MUNIC [Redacted]
 C. [Redacted]



IGUALA
 TRANSPARENCIA Y
 DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 10-11-15 Hora 9:43
 Recibio [Redacted]

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

IGUALA. GRO; A 07 DE NOVIEMBRE 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 26 AL 1º DE NOVIEMBRE DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SECRETARÍA DE MEDICINA
 AT [Redacted]
 ADMINIS [Redacted]
 MUNICIP [Redacted]
 DE LA OFICINA
 DE INVESTIGACIÓN
 PARA EL CASO
 INAPA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 10-11-15
 Recibo [Redacted]

700

ASUNTO: INFORME SEMANAL.

IGUALA, GRO., A 09 DE NOVIEMBRE DEL 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 02 AL 08 DE NOVIEMBRE NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRACION
MUNICIPAL

C. [Redacted]

[Redacted Signature]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 10-11-15 Hora 9:43

Recibio [Redacted]

LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
DEL CASO
[Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

701

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; A 14. DE NOV. 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 9 AL 15 DE NOV. DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.

ATENTAMENTE

ADM. DEL PANTEON

MUN. AMPLIACION.

C. [Redacted]

DE LA REGION DE INVESTIGACION PARA EL CASO [Redacted]

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO

DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 23/11/15 Hora 9:30

Recibio [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

702

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; A 23 DE NOV. 2015.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 16 AL 22 DE NOV. DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

AT [REDACTED] ON
 ADMINIS [REDACTED]
 MUNICIPAL [REDACTED] N.
 C. [REDACTED]




H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 23 de NOV de 2015
 Recibo [REDACTED]

ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE QUERÉTARO
 SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
 Y EL CASO
 V. M.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

703

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; A 30 DE NOV. 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 23 AL 29 DE NOV. DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.



A
ADMINISTRACION
MUNICIPAL
C. [Redacted]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 30/11/15
Recibo [Redacted]

LA PRESENTE
INFORMACION
A EL CARGO
PA.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; A 7 DE DIC. 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 30-NOV AL 6 DE DIC. DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
-------	--------	------	---------	------	-------

[Redacted]

[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINIS [Redacted] PANTEON
MUNICI [Redacted] LIACION.

SECRETARIA DE LA REPUBLICA
INVESTIGACION
PARA EL CASO
B'APA

Recibi

[Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

705

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO. A 14 DE DIC 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 7 AL 14 DE DIC. DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
-------	--------	------	---------	------	-------

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

AT [REDACTED] TEON [REDACTED] ON.

DOS ADMINIS [REDACTED] MUNICIP [REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
 DIR. DE PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha [REDACTED] 09:15 hrs.
 Recibo [REDACTED]

IGUALA
 TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 PARA EL CASO
 IGUALA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

706

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; A 21 DE DIC 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 14 AL 20 DE DIC DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
 DIR. DE
 PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 21/12/15

ATENTAMENTE

ADMINISTRACION PANTEON MUNICIPAL. AMPLIACION.

LA REPUBLICA
 INVESTIGACION
 EL CASO
 APA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

IGUALA, GRO., A 29 DE DIC. DEL 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.
PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION
DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 21 AL 27 DE DIC. "NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON
MUNICIPAL DE INHUMACION.
[Redacted]

SECRETARIA DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO.
CADA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha: 15/12/16 Hora: 12:30hrs
Recibido: [Redacted]

700
70

Informe 2016

2a. Ampliación Panteón Municipal.



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

710-709

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 4 DE ENERO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 28-DIC AL 3 DE ENERO DEL 2016.

FEL	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUNICIPALIDAD DE AMPLIACION.

[Redacted Signature]

SECRETARÍA DE
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO



MUNICIPALIDAD MUNICIPAL CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 15/01/16 Hora 12:30 hrs

Recibido [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

711
710

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 11 DE ENERO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION DEL

PANTEON MUNICIPAL DEL 4 AL 10 DE 01 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINIS[REDACTED]NTEON.

MUNIC[REDACTED]CION.

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONS. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
 DIR. DE PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 15/01/16 por [REDACTED]
 Recib[REDACTED]



LA REPUBLICA
INVESTIGACION
EL CASO
SA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

712.
711

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 25 DE ENERO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 18 AL 24 DE ENERO DEL 2016.

FE	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRACION PANTEON.

MUNICIPALIDAD.

[Redacted Signature]

LA REPUBLICA
INVESTIGACION
EN EL CASO
APA



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL. CONSIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 25/1/16 Hora 11:50hr

Recibio [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

713
712

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 1^o DE FEBRERO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] MPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 25 AL 31 DE ENERO 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 08/02/16 13:43
Recibido [REDACTED]

IGUALA
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO

AYUNTAMIENTO
ADM [REDACTED] NTEON.
MU [REDACTED] CION.
[REDACTED]



SECRETARIA DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACIONES
PARA EL CASO
ZARAGOZA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

714
713

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 8 DE FEBRERO 2016.


[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION DEL

PANTEON MUNICIPAL DEL 10 AL 7 DE FEB 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"


 H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTI
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
 DIR. DE
 PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 09-02-16 Hora 3:13
 Recbio [Redacted]

ATENTAMENTE

ADM [Redacted] PANTEON.

MU [Redacted] PLIACION.

[Redacted Signature]



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
CHAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

715
714

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 15 DE FEBRERO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] MPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 8 AL 14 DE 02 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.
MUNICIPALIDAD DE IGUALA.

[REDACTED]

Recibi Original
[Signature]

[REDACTED]



SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
ANATOMICA Y PATOLOGICA
NAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

716
715

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 22 DE FEBRERO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 15 AL 21 DE FEBRERO DEL 2016.

FE	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRACION DE PANTEON.
MUNICIPALIDAD DE IGUALA.

Recibí Original
29-02-16 12:03pm

SECRETARÍA
DE INVESTIGACIÓN
DEL CASO
IPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

~~717~~
716

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 29 DE FEBRERO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 22 AL 28 DE FEBRERO DEL 2016.

FE	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	---
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	---
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---

ATENTAMENTE

ADMINIS[Redacted]NTEON.
MUNIC[Redacted]EION.

[Redacted Signature]

Recibi original
29-02-16 12:03

[Redacted Stamp]

SECRETARIA
DE LEGISLACION
B-EL CASO
[Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

718
717

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 7 DE MARZO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] MPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 29-FEB AL 6 DE MARZO 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINIS [REDACTED] DN.
MUNIC [REDACTED].

[REDACTED]

Recibi
27/03/16

[REDACTED]



SECRETARÍA DE
DEPARTAMENTO DE
FAMILIARES
SAÚDE

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

718
718

ASUNTO: INFORME.

GUALA, GRO., 14 DE MARZO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.
PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 7 AL 13 DE MARZO DEL 2016.

FEI	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUNICIPALIDAD DE GUALA, GRO.
[Redacted Signature]

[Redacted Stamp]

Original



MUNICIPALIDAD DE GUALA, GRO.
CALLE DE LA FUNDACION
VILLACASO
GUALA, GRO.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

720
719

ASUNTO: INFORME.

GUALA, GRO., 21 DE MARZO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 14 AL 20 DE MARZO DEL 2016.

FEI	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MU [Redacted] ACION.

[Redacted Signature]

[Redacted Stamp]

SECRETARIA
MUNICIPAL
GUALA, GRO.
2016

720

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 4 DE ABRIL 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 28-03-16 AL 3 DE ABRIL DEL 2016.

FE	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUNICIPALIDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
AMPLIACION.

[Redacted Signature]

LA REPUBLICA
INVESTIGACION
DEL CASO
MPA

IGUALA
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO

GOBIERNO MUNICIPAL CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 03/04/16 03:16 pm
Recibio [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

722
721

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 11 DE ABRIL 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 4 AL 10 DE ABRIL DEL 2016.

FE	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

TE
PANTEON.
CION.



H. AYUNTAMIENTO M.P.L. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 15/4/16 Hora 12:00

Recibido [REDACTED]

PROF. REPUBLICA
E INVESTIGACION
ERA EL CASO
15/4/16

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

723
722

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 18 DE ABRIL 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 11 AL 17 DE ABRIL DEL 2016.

FEI	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]

EN LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
DE EL CASO
2016

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha [REDACTED]
Recibido [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

724 -
723

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 25 DE ABRIL 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 18 AL 24 DE ABRIL DEL 2016.

FE	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]

DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
2016A

IGUALA
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 02/05/16
Recibio [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

725-
724

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 02 DE MAYO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 25/04/16 AL 02 DE MAYO DEL 2016.

FE	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	---
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	---
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	---
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	---
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	---

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]

DE LA DEFENSA
Y REPARACION
DEL CASO
12/11



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha [REDACTED]
Recibio [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

726
725

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 9 DE MAYO 2016.

[REDACTED]
JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 02 AL 08 DE MAYO DEL 2016.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO

DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

IGUALA
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO

Fecha 30

Recibio [REDACTED]

EN LA SECRETARIA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
NABA.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

27
27
726

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 23 DE MAYO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 16 AL 22 DE MAYO DEL 2016.

F. A.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES FORENSES
PARA EL CASO
ENAPPA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 30/05/16 Hora 11:45 hrs

Recibio [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

728
727

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO. 30 DE MAYO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 23 AL 29 DE MAYO 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

SECRETARIA DE INVESTIGACION
DEL CASO
CA

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 30/5/16
Recibido [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

728
728

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., DE 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 30 AL 5 DE JUNIO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRACION MUNICIPAL PANTEON.



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

Fec. [Redacted] 11 pm. Rec. [Redacted]



PLA DE OFICIO INVESTIGACION EN EL CASO SA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

730
729

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 13 DE JUNIO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 6 AL 12 DE JUNIO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
--------	---------	------	---------	------	-------

[Redacted]

[Redacted]

ÁTENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUNICIPALIDAD DE IGUALA, GRO.

[Redacted Signature]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 01-09-16 Recibido [Redacted]



DE LA REPUBLICA DE INVESTIGACION PARA EL CASO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

731
730

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 20 DE JUNIO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

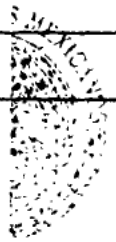
PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 13 AL 19 DE JUNIO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
--------	---------	------	---------	------	-------

[REDACTED]



ATENTAMENTE

[REDACTED] PANTEON.
[REDACTED] LIACION.



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 01-08-16 Hora 02:11 pm

Recibido [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

732
731

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 27 DE JUNIO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 20 AL 26 DE JUNIO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE
 ADMINISTRADOR DEL PANTEON.
 MUN [REDACTED] MPLIACION.
 [REDACTED]
 INVESTIGACION
 EN EL CASO,
 APA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
 DIR. DE
 PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 01/08/16
 Recibio [REDACTED]

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

733
732

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO. 4 DE JULIO 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] IACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 27-06 AL 03 DE 07 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUN [REDACTED]

[REDACTED]



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZINAPA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 01-08-16 Hora 07:11 pm
Recibi [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

733

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 11 DE JULIO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 4 AL 10 DE JULIO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MEXICO MU [Redacted] CION

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Fecha [Redacted] Recibido [Redacted]

EN LA REPUBLICA INVESTIGACION DEL CASO [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 18 DE JULIO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 11 AL 17 DE JULIO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
--------	---------	------	---------	------	-------

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUNICIPALIDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.



[Redacted Signature]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha [Redacted] Recibido [Redacted]

LA REPUBLICA INVESTIGACION APLICADA PA

735

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 25 DE JULIO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] CUMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 18 AL 24 DE 07 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUN [Redacted] CIACION.

[Redacted Signature]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 01/08/2016
Recibio [Redacted]

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y DEL PASADO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 1º DE AGOSTO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 25 AL 31 DE JULIO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015-2018

RECIBIDO

Fecha

Recibo

[Redacted]

SECRETARÍA DE ECONOMÍA
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y FIDUCIARIA
CARRILLO DE LA GARZA
MEXICO

737

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 8 DE AGOSTO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 1^a AL 07 DE AGOSTO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PAN

LA REPUBLICA
INVESTIGACION
A EL CASO
PA

7 10/8/2016

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 15 DE AGOSTO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 7 AL 14 DE AGOSTO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADM [Redacted] ANTEON.

MU [Redacted] ACION.

LA SERVICIO
INVESTIGACION
A EL CASO
PA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 15 de Agosto de 2016 hrs.
Recibio [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA, GRO., 22 DE AGOSTO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 15 AL 21 DE AGOSTO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
--------	---------	------	---------	------	-------

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
CABA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 15/09/16 Hora 12:00 hrs

Recibio [Redacted]

740

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 29 DE AGOSTO 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 22 AL 28 DE AGOSTO DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

SECRETARÍA DE
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha: 15/08/16
Recibido: [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA, GRO., A 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] MPLIACION

EL PANTEON MUNICIPAL. DEL 29 AL 4 DE 09 "NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]

C.



TRANSPARENCIA Y DESARROLLO



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018 **RECIBIDO** Fecha 5/09/15 Recibio [Redacted]

742

ASUNTO: INFORME SEMANAL.

IGUALA, GRO., A 12 DE 09 DEL 2015.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON [Redacted] LIACION
DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 05 AL 11 DE 09 "NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]

RECIBIDO

AGENCIA
DE INVESTIGACION
DEL CASO
A.



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha [Redacted]
Recibido [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

743

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 19 DE SEPTIEMBRE 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 17 AL 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

MUNICIPALIDAD DE AMPLIACION

[Redacted Signature]



SECRETARÍA DE LA PRESIDENCIA
DE INVESTIGACIÓN
Y EL CACO
MEXICO



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 19 de Septiembre de 2016
Recibo [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

744

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 26 DE SEPTIEMBRE 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN L [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 19 AL 25 DE 09 DEL 2016.

CHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



SECRETARÍA DE LA REPÚBLICA DE INVESTIGACIÓN PARA EL CASO DE LA



IGUALA
TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 27 de Sept de 2016 Hora 10:00 hrs
Recibido por [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

745

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 03 DE OCTUBRE 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 26/09 AL 09 DE OCTUBRE DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE
ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



EN LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
DEL CASO
[Redacted]



EL AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO

Fecha [Redacted]
Recibido [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

746

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 10 DE OCTUBRE 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 03 AL 09 DE OCTUBRE DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA.	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]


 DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 DEL CASO,
 MEXICO


 IGUALA
 TRANSPARENCIA Y
 DESARROLLO

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
 DIR. DE
 PANTEONES
 2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 07/10/16 Hora 10:00hrs

Recibido [REDACTED]

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

747

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 17 DE OCTUBRE 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 10 AL 16 DE 10 2016. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]



REGISTRACION
MAY 10 2016

M. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 02/10/16
Recibido [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

748

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 24 DE OCTUBRE 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 17 AL 23 DE OCTUBRE DEL 2016.

CHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]



LA REPUBLICA
INVESTIGACIÓN
A EL CASO
I-A



AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO

Fecha [REDACTED]
Recibio [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

799

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 31 DE OCTUBRE 2016.

[REDACTED]
JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 24 AL 30 DE OCTUBRE DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]



LA REPUBLICA
INVESTIGACION
DEL CASO



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 07/Nov/16 Hora 11:00 hrs.

Recibio [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

750

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 7 DE NOVIEMBRE 2016.

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 31-10 AL 06 DE 11 DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]



DE LA REPUBLICA
INVESTIGACION
EN EL CASO
[REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 07/11/16
Recibo [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

751

IGUALA. GRO; A 21 DE NOV. 2015.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 14 AL 20 DE NOV. DEL 2015.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]



SECRETARÍA DE LEGISLACIÓN
MUNICIPAL

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO



Fecha [Redacted] 20hrs
Recibido [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

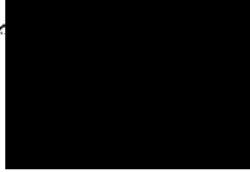
Informe 2017

2a. Ampliación Panteón Municipal.

SECRETARÍA DE
DESARROLLO URBANO,
INFRAESTRUCTURA Y
TRANSPORTE

Recibido
11-11-2017

ASUNTO: INFORME.



FECHA: 09 DE DICIEMBRE DEL 2017



JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZAN EN



AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 4 AL 10 DE DICIEMBRE DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER	ACTA
-------	--------	------	---------	-----	------



ATENTAMENTE

ALMIRANTE DEL PANTEON



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
MAPA

ASUNTO: INFORME.

Recibido
18 Dic 2017



IGUALA, GRO., 18 DE DIC. 2017.



JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

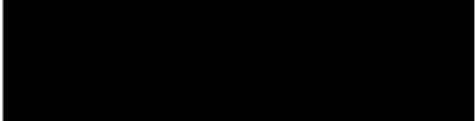
SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DEL 11 AL 17 DE DIC. DEL 2017.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.



755

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 25 DE DIC 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 18 AL 24 DE DIC DEL 2017.

IA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]



SECRETARIA DE INVESTIGACION
DEL CASO
SA.

18

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA, GRO; A 1º DE MAYO 2017

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE

SE LE INFORMA D ELAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN LA AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL
DE 1-03-14 AL 29-04-17 DE ABRIL DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X
				X	X

ATENTAMENTE
ADMINISTRADOR DEL PANTEÓN

[Redacted Signature]

SECRETARIA DE INVESTIGACIONES
FACILITACION DE DATOS
FACILITACION DE DATOS

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA, GRO; A 1^{ra} DE Mayo 2017

757


JEFE DE PANTEONES,
PRESENTE

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN LA [REDACTED] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL

DE _____ AL _____ DE _____ DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	X

ATENTAMENTE
ADMINISTRADOR DEL PANTEÓN
MUNICIPAL [REDACTED] AMPLIACIÓN
[REDACTED]



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA, GRO; A 1 DE MAYO 2017

758

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.
PRESENTE

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] CIÓN DEL PANTEÓN MUNICIPAL
DE _____ AL _____ DE _____ DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]



AL REPUBLICA
INVESTIGACIÓN
EN EL CASO
APA

Re [Redacted] 5-2017

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 8 DE MAYO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] MPLICACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 1 AL 7 DE MAYO 2017. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
DEL CASO
INARA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha [Redacted] 15
Recibio [Redacted]

IGUALA, GRO., 15 DE MAYO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 8 AL 14 DE MAYO DEL 2017.

HA.	NOMBRE	LOTE	MANZANA	P.R.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]



PROCURADURIA FEDERAL DE INVESTIGACIONES JURISDICCIÓN FEDERAL



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 31/05/17 Recibio [Redacted]

761

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO; 22 DE MAYO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] CUMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 15 AL 21 DE MAYO 2017. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON
[Redacted]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 21 de Mayo de 2017
Recibo [Redacted]



LA REPUBLICA
INVESTIGACION
EN EL CASO
SA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 15 DE MAYO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN LA [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 15 AL 21 DE MAYO DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	—	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	—	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	—	X
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018



RECIBIDO

Fecha 6/12/17 Recibido [Redacted]

REPUBLICA INVESTIGACION DEL CASO DA

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

763

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 29 DE MAYO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 21 AL 28 DE MAYO DEL 2017.

IA.	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

MEXICANOS
DE LA REPUBLICA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
AL CASO
ENFO



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 21/05/17
Recibo [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

764

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 5 DE JUNIO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] AMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 29-05 AL 04 DE 06 2017. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]

SECRETARIA DE INVESTIGACION Y FISCALIA
MEXICO



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

[Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

765

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 12 DE JUNIO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 5 AL 11 DE JUNIO DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	X
_____	_____	_____	_____	_____	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
INPA

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 06/12/17
Recibio [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

766

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 12 DE JUNIO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 05 AL 4 DE JUNIO DEL 2017.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

IGUALA
TRANSPARENCIA
DESARROLLO

Fecha 19/06/17 Hora 12:00 hrs

Recibido [Redacted]

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE QUERETANO
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
DEL CASO
SARS

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

767

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 19 DE JUNIO 2017.

[REDACTED]
JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] PLIACION DEL
PANTEON MUNICIPAL DEL 17 AL 18 DE 06 2017. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.
[REDACTED]



EN LA REPUBLICA
INVESTIGACION
EN EL CASO
A.P.A



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO

Fecha [REDACTED]
Recibo [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

768

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 31 DE JULIO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 06 AL 30 DE JULIO DEL 2017.

FECHA.	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 DIR. DE
 PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha 06 [Redacted]
 Recibo [Redacted]

DE LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 PARA EL CASO
 INAPA

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 1º DE AGOSTO 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 06 AL 31 DE AGOSTO DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



SECRETARIA DE INVESTIGACION PARA EL CASO INTER...

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 DIR. DE PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO
 Fecha: 06/08/17
 Recibió: [Redacted]

IGUALA
 TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

770

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 19 DE SEPTIEMBRE 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.


SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 05 AL 30 DE SEPT. DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON:
[Redacted]



H AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 6/12/17
Recibio [Redacted]

SECRETARÍA DE
ADMINISTRACIÓN
MUNICIPAL
HAPA

771

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 1º DE OCTUBRE 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 04 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO. DIR. DE PANTEONES 2015 - 2018

RECIBIDO

IGUALA TRANSPARENCIA Y DESARROLLO

Fecha 06/17/17 Hora 10:12h [Redacted]

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

772

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 10 DE NOVIEMBRE 2017.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN L [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 03 AL 30 DE NOV. DEL 2017.

FECHA.	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	—	—

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
DIR. DE
PANTEONES
2015 - 2018

RECIBIDO

Fecha 06/12/17 Hora 14:12 hrs

RECIBIO [Redacted]

IGUALA
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

773

ASUNTO: INFORME.

IGUALA. GRO; 18 DE DIC 2017

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] CUMPLIACION DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 11 AL 17 DE DIC 2017. "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]

[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Informe 2018

2a. Ampliación Panteón Municipal.

SECRETARÍA DE
DESARROLLO URBANO
Y DEL CARGO
MUNICIPAL

IGUALA. GRO; A 1º DE ENERO 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 25 AL 31 DE DIC. DEL 2017.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
-------	--------	------	---------	------	-------

[Redacted]

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]

SECRETARÍA DE GOBIERNO

LA REPÚBLICA
INTEGRACIÓN
AL CARGO
SA

[Redacted]

81.18

Revisado
ENERO 2018

776

IGUALA. GRO; A 8 DE ENERO 2018.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN L

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 1^º AL 7 DE ENERO DEL 2018.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
				X	—
				X	—
				—	—
				—	—
				—	—
				—	—

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]



LA SECRETARIA
DE INVESTIGACION
DEL CASO
S.A.

C1

777

IGUALA. GRO; A 15 DE Enero 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN L

[Redacted]

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 08 AL 14 DE Enero DEL 2018

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTI.
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
 DIR. DE
 PANTEONES
 2015 - 2018
RECIBIDO

IGUALA
 SPARENCIA Y
 DESARROLLO

Fecha: [Redacted]
 Recibido: [Redacted]

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
 Y ASesoría
 LEGAL

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP
 Motivación 2

IGUALA. GRO; A. 22 DE Enero 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

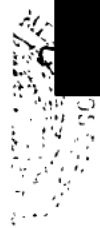
AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DE 15 AL 21 DE Enero DEL 2018

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]



IGUALA
TRANSPARENCIA Y
DESARROLLO

PL. AYUNTAMIENTO MPAL. CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIR. DE PANTEONES
2015 - 2018
RECIBIDO
Fecha 22/01/18 Hora 9:39 hr
Recibido [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

IGUALA. GRO; A 12 DE Febrero 2018.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN L

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 5 AL 11 DE Febrero DEL 2018.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA
				X	

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted signature]

RECIBIDO
SECRETARIA
C

LA SECRETARIA DE
ADMINISTRACION
MUNICIPAL
IGUALA, GRO.
2018

2018

780

IGUALA. GRO; A 19 DE Febrero 2018.

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION

DEL PANTEON MUNICIPAL DE 12 AL 18 DE Febrero DEL 2018

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]

LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
AL CASO
PA

781

ASUNTO: INFORME SEMANAL.

IGUALA, GRO., A 12 DE Marzo DEL 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted] MPLICACION

DEL PANTEON MUNICIPAL. DEL 5 AL 11 DE Marzo "NO SELLEVO ACABO NIN GUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
ZACAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

782

PANTEÓN MUNICIPAL "SEGUNDA AMPLIACIÓN"


"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 12 de Marzo 2018

C.P. [Redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEM A DEL 5 AL 11 DE Marzo 2018


 ATENTAMENTE
 [Redacted Signature]
 C. [Redacted]
 ADMINISTRADOR


Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

783

ASUNTO: INFORME SEMANAL.

IGUALA, GRO., A 19 DE Marzo DEL 2018

[REDACTED]
JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED] AMPLIACION
DEL PANTEON MUNICIPAL DEL 12 AL 18 DE Marzo "NO SELLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION"

ATENTAMENTE.

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[REDACTED]



REGISTRADO
MUNICIPALIDAD
IGUALA GRO.
MAY 2018

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

784

PANTEÓN MUNICIPAL "SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 26 de marzo 2018

C.P. [Redacted]
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 19 AL 25 DE Marzo 2018

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]
C. [Redacted]
ADMINISTRADOR

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

785

bi
04-04-2018

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 9 DE Abril 2018

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 02 AL 08 DE Abril DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	PER.	ACTA.
			X	---
			X	---
			X	---
			---	---
			---	---
			---	---

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON



SECRETARIA DE INVESTIGACION
DEL CASO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

786



-2018

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 9 DE Abril 2018



JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 02 AL 08 DE Abril DEL 2018

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
				X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.



REPUBLICA
DE GUATEMALA
MUNICIPIO DE IGUALA
C. CASO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

787

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 16 DE Abril 2018

[REDACTED]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 09 AL 15 DE Abril DEL 2018

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	---
---	---	---	---	X	X
---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---
---	---	---	---	---	---

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[REDACTED]

DE LA FISCALIA
DE INVESTIGACION
EN EL CASO
[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

788

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 23 DE Abril 2016

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN L

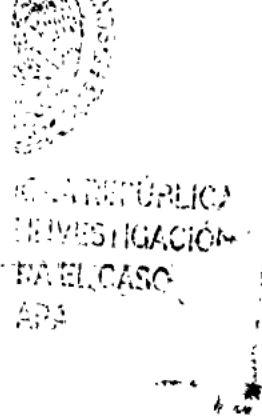
AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 16 AL 22 DE Abril DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
				X	X
				X	X
				X	—
				X	X
				—	—
				—	—

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



 REPUBLICA DE GUATEMALA
 DE INVESTIGACION
 EN EL CASO
 ADA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

Recibi
2-04-18



789

PANTEÓN MUNICIPAL "SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL DE INHUMACIONES"


Iguala de la Independencia, Gro., a 2 de Abril 2018.

C.P. 
DIRECTOR DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
		

SEM A DEL 26 AL 31 DE Marzo 2018

ATENTAMENTE



C. O.

SECRETARÍA
MUNICIPAL
DE PLANEACIÓN
Y EVALUACIÓN

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

790

Recebi
05-05-2018

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO. 21 DE Mayo 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 14 AL 20 DE Mayo DEL 2018

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



LA MEXICANA
RESERVA
DEL CASO
PA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

05-16-2018

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO. 28 DE Mayo 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 21 AL 27 DE Mayo DEL 2016.

[Redacted]	NOMBRE.	LOTE	[Redacted]	PER.	ACTA.
	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	---
	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	---
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
DEL CASO

792

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 4 DE Junio 2018

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 28 mayo AL 03 DE Junio DEL 2018

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
				X	✓
				X	✓
				X	✓

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted signature area]

SECRETARIA DE INVESTIGACION
AGRA EL CASO
MADA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

793

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 2 DE Julio 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 25 AL 01 DE Julio DEL 2016.

FEC.	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	<u>x</u>	<u>x</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

[Redacted]

03/07/16

DE LA REPUBLICA
E INVESTIGACION
ARA EL CASO
NAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 9 DE Julio 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 02 AL 08 DE Julio DEL 2018.

FE	NOMBRE	EDAD	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	—
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	—	—

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]



DE LA
DIRECCION DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
INAPA

795

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 11 DE Junio 2018.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 4 AL 10 DE Junio DEL 2018.

[Redacted]	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
				X	X
				X	X
				X	X

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

[Redacted]

03/07/18



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE GOBIERNO
MUNICIPALIDAD DE IGUALA
MEXICO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

796

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 16 DE Julio 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 09 AL 15 DE Julio DEL 2018

FECHA	NOMBRE.	LOTE	[Redacted]	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
				X	

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

DE LA COMISIÓN
 DE INVESTIGACIÓN
 DEL CASO
 1598

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

797

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 18 DE JUNIO 2018

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 11 AL 17 DE JUNIO DEL 2018.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]

[Redacted Stamp]

05/07/18

SECRETARÍA DE GOBIERNO
MUNICIPAL
ASISTENTE SOCIAL
SAGA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

798

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 25 DE Julio 2018

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 18 AL 24 DE Julio DEL 2018

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	—
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	X	—
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

[REDACTED SIGNATURE]

03/07/18

SECRETARIA DE LA REPUBLICA
ADMINISTRACION
PARA EL CASO
[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

799

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 30 DE JULIO 2016

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 23 AL 29 DE JULIO DEL 2016

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON

[Redacted Signature]



ESTADO DE GUERRERO
MUNICIPALIDAD DE IGUALA
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
Y FINANZAS

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

800

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 23 DE Julio 2016

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 16 AL 22 DE Julio DEL 2016

IA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
				<u>X</u>	<u>X</u>

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]



DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
NAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

07-08-2018

801

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 6 DE AGOSTO 2018

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [REDACTED]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 30-07/18 AL 05 DE AGOSTO DEL 2018.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

ESTADO DE LA REPUBLICA
DE INVESTIGACION
PARA EL CASO
L-124

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

802

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 13 DE Agosto 2016.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.

PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 06 AL 12 DE Agosto DEL 2016.

FECHA	NOMBRE	LOTE	MANZANA	PER.	ACTA.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	X
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

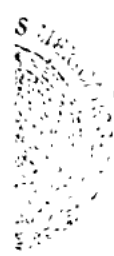
ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

Recibo 13-Agosto

[Redacted]

10:45



MINISTERIO PÚBLICO
DE INVESTIGACIÓN
Y PROSECUCIÓN
EN EL CASO
NPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

803

09 oct - 2018

ASUNTO: INFORME.

IGUALA, GRO., 8 DE Octubre 2018.

[Redacted]

JEFE DE PANTEONES.
PRESENTE.

SE LE INFORMA DE LAS INHUMACIONES QUE SE REALIZARON EN [Redacted]

AMPLIACION PANTEON MUNICIPAL DE 01 AL 07 DE Oct. DEL 2016.

FECHA.	NOMBRE.	LOTE	MANZANA	PER.	AC
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	-
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	-	-
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	X	-
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	-	-
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	-	-
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	-	-

ATENTAMENTE

ADMINISTRADOR DEL PANTEON.

[Redacted Signature]

MUNICIPIO DE IGUALA
SECRETARÍA DE SALUD
CARRILLO
LDA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

804

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

15-01-2018

Iguala de la Independencia, Gro., a 15 de Octubre 2018.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
NO Hubo		Ninguna
Inhumación		ni Exhumación

SEMANA DEL 8 AL 14 DE Octubre del 2018

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

LA REPUBLICA
INVESTIGACION
EL CASO
PA

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 22 de OCTUBRE 2018.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 15 AL 21 DE OCTUBRE. 18

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]

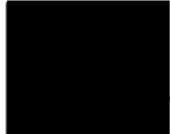
ADMINISTRADOR

SECRETARÍA
REGISTRACIÓN
FISCAL

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

806



2018

29-0

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 29 de OCTUBRE 2018.

C. 
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
	NO SE	LLEVO ACABO NINGUNA INHUMACION.

SEMANA DEL 22 AL 28 DE OCTUBRE - 18



ADMINISTRADOR

LA REPUBLICA
INVESTIGACION
DEL CASO

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 5 de Noviembre 2018.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]		

SEMANA DEL 29 octal 4 DE Noviembre 2018

ATENTAMENTE

[REDACTED]
ADMINISTRADOR

C. [REDACTED]

808

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 12 de NOV 2018.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES.

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 5 AL 11 DE Noviembre 2018

ATENTAMENTE

12-11-18

[REDACTED SIGNATURE]

[REDACTED]

ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PANTEONES
CASA DE LA VIDA
C.P.



809

2018-2021
2018

“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”

Iguala de la Independencia, Gro., a 19 de NOVIEMBRE 2018.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES.

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 12 AL 18 DE NOV. 2018

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

ADMINISTRADOR

COPIA
DISTRIBUCIÓN
AL CASO



2018

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 26 de Noviembre 2018.

C. ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES.

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN

SEMANA DEL 19 AL 25 DE Nov. 2018

ATENTAMENTE



ADMINISTRADOR

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
DEL CASO
ADA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

811

[Redacted] *ace*

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de DICIEMBRE 2018.

C [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES.

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 26 AL 02 DE DICIEMBRE-18

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]
ADMINISTRADOR

S. MEX.
C.

ESTADO DE QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PANTEONES

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de DICIEMBRE 2018.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 3 AL 9 DE DICIEMBRE 2018

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

SECRETARÍA
DE INVESTIGACIÓN
JAB. CARO,
[Redacted]

19-12-18

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de DICIEMBRE 2018.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 10 AL 16 DE DICIEMBRE 2018.

ATENTAMENTE

[REDACTED]
C. [REDACTED]
E LA REPUBLICA
INVESTIGACION
RA EL CAEQ
IAPA



"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de NOVIEMBRE 2018.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 17 AL 23 DE NOVIEMBRE 2018.

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

ADMINISTRADOR

[REDACTED]

“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”

Iguala de la Independencia, Gro., a 31 de DICIEMBRE 2018.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 14 AL 20 DE DICIEMBRE 2018.

ATENTAMENTE



C. [REDACTED]
A. [REDACTED] R.

[Handwritten signature]

[REDACTED]

Informe


2019

2a. Ampliación Panteón Municipal.



Relación de Expedientes del Panteón Municipal al 15 de Agosto del 2019

I)	Informes	
	a)	2014
	b)	2015
	c)	2016
	d)	2017
	e)	2018
	f)	2019
II)	Expedientes	
	2014	(Sep, Nov, Dic)
	2015	(Ningun archivo)
	2016	(Falta Ene y Feb)
	2017	Completo
	2018	(Falta Sep y Oct)
	2019	(Existe de Ene-Ago)


 SECRETARÍA DE
 ADMINISTRACIÓN
 DEL CASO
 SA

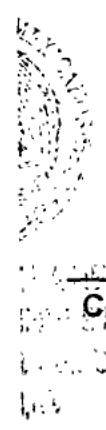
**“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”**

Iguala de la Independencia, Gro., a 07 de ENERO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 31-12-18 AL 66 DE ENERO - 2019



ATENTAMENTE

[REDACTED]
ADMINISTRADOR



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

819

“SEGUNDA AMPLIACIÓN”

“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”

Iguala de la Independencia, Gro., a 14 de ENERO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 7 AL 13 DE ENERO - 2019.

ATENTAMENTE

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
[REDACTED]

ADMINISTRADOR

820

01-2019

“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”

Iguala de la Independencia, Gro., a 21 de ENERO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 14 AL 20 DE ENERO 2019



DE LA REPÚBLICA, ATENTAMENTE

EN INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
VARA

C. [REDACTED]

ADMINISTRADOR

**“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”**

Iguala de la Independencia, Gro., a 28 de Enero 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 21 AL 27 DE Enero - 2019.


ATENTAMENTE

[REDACTED]
ADMINISTRADOR

RECIBIDO
DIRECCIÓN DE PANTEONES
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
H. AYUNTAMIENTO M. P. CONST. L.
2018 - 2021

Fecha [REDACTED]
Recibo [REDACTED]

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
2018-2021
TODOS JUNTOS
HAREMOS HISTORIA



"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 04 de **FEBRERO** 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 28-01-19 AL 03 DE **FEBRERO** 2019.

ATENTAMENTE

[REDACTED]

ADMINISTRADOR

[Stamp: DIRECCION DE PANTEONES, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.]

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

2019

Iguala de la Independencia, Gro., a 11 de FEBRERO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 04 AL 10 DE FEBRERO 2019

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

18
2019

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 18 de Febrero 2019.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 11 AL 17 DE FEBRERO 2019



ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



"SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

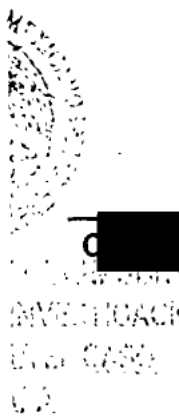
Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de FEBRERO 2019.

C
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN

SEMANA DEL 18 AL 24 DE FEBRERO 2019.

ATENTAMENTE



[Redacted signature]

**“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”**

Iguala de la Independencia, Gro., a 04 de MARZO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 25-FEBRAL 03 DE MARZO 2019

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
SHAPA

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fec [REDACTED]
Rec [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 11 de MARZO 2019.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 4 AL 10 DE MARZO-2019

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]

C. [Redacted]

ADMINISTRADOR

DELEGACIÓN

DEL CASO

LA

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 18 de MARZO 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 11 AL 17 DE MARZO-2019

ATENTAMENTE

MEXICO
C
INVESTIGACION
EN EL CASO
USA

[REDACTED SIGNATURE]

DOR

[REDACTED]

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 25 de MARZO 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 18 AL 24 DE MARZO - 2019.

ATENTAMENTE

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
AD[REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO
[REDACTED]

EXICIAN[REDACTED]
C
REPUBLICA
INVESTIGACIÓN
DEL CASO
[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

-04-2019

Iguala de la Independencia, Gro., a 1 de Abril 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 25 AL 31 DE Marzo 2019

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

OS AL

ESTADO REPUBLICANO
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
NAPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

931

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 8 de Abril 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 1º AL 07 DE Abril - 2019.



INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
[REDACTED]

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
AD [REDACTED] OR [REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO MPA L. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

[REDACTED]

6

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 15 de Abril 2019.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 08 AL 14 DE Abril -2019

SECRETARÍA DE JUSTICIA
LA REPÚBLICA
INVESTIGACIÓN
DEL CASO
IPA

ATENTAMENTE

C. [Redacted Signature]
ADI

033

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"

"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 22 de Abril 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]
[Handwritten]	[Handwritten]	[Handwritten]

SEMANA DEL 15 AL 21 DE Abril-2019.

ATENTAMENTE

[Faint stamp: DIRECCIÓN DE PANTEONES, IGUALA, GRO.]

[REDACTED SIGNATURE]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

034

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 6 de Mayo 2019

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES.

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 29 AL 05 DE MAYO 2019



DE LA REPÚBLICA ATENTAMENTE
DE INVESTIGACIÓN
PARA EL CASO
INAPA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha
Recibido

C. [REDACTED]
ADMINISTRADOR

[Redacted]

16:00 la

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 13 de Mayo 2019.

C [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 06 AL 12 DE Mayo-2019.

EL LA REPUBLICA
INVESTIGACION
RA EL CASO
[Redacted]

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]
[Redacted Name]
[Redacted Title]

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 20 de MAYO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 13 AL 19 DE MAYO - 2019



ELABORADO
REGISTRACIÓN
DEL CASO
ASA

ATENTAMENTE

C. [REDACTED] DR



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha [REDACTED]
Recibido [REDACTED]



837

“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”

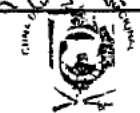
Iguala de la Independencia, Gro., a 27 de MAYO 2019.

C. [Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

Table with 3 columns: NOMBRE, FECHA, UBICACIÓN. The table body is mostly redacted with black boxes.

SEMANA DEL 20 AL 26 DE MAYO - 2019

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

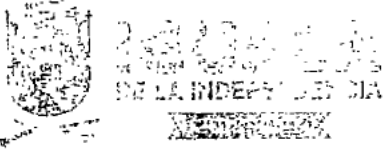


ATENTAMENTE
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
2018-2021
TODOS JUNTOS
HAREMOS HISTORIA

RECIBIDO

Fec [Redacted]
Rec [Redacted]

A [Redacted] DOR



"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 03 de JUNIO 2019.

[Redacted]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

SEMANA DEL 27/05 AL 02 DE JUNIO DEL 2019

EL SEÑALADO
INVESTIGACIÓN
POR EL CASO
VDA

ATENTAMENTE

[Redacted Signature]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha
Recib

[Redacted]



"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 10 de JUNIO 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 03 AL 09 DE JUNIO DEL 2019.

ATENTAMENTE



[REDACTED SIGNATURE]

LA REP
INVESTI
LA EL CASO
VPA



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES

[REDACTED]



"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 17 de JUNIO 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 10 AL 16 DE JUNIO DEL 2019.

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021



IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha
Recibido

[REDACTED]

“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”

Iguala de la Independencia, Gro., a 24 de JUNIO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 17 AL 23 DE JUNIO - 2019



ATENTAMENTE
[REDACTED]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO
Fecha [REDACTED]
Recibido [REDACTED]

842

**“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”**

Iguala de la Independencia, Gro., a 1º de JULIO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 24-06 AL 30 DE JUNIO - 2019.



ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
DEL CASO
ADJ.

H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021
RECIBIDO
Fecha: [REDACTED]
Recibido por: [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 8 de JULIO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
------------	------------	------------

SEMANA DEL 1^{ra} AL 7 DE JULIO - 2019.



SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
RAEL GONZALEZ
[REDACTED]

ATENTAMENTE

[REDACTED]
C. [REDACTED]
AD [REDACTED] R



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO
Fecha [REDACTED]
Recibido [REDACTED]

844

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 15 de Julio 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN

SEMANA DEL 8 AL 14 DE JULIO-2019

RECIBIDO

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]



H. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha 13-08-2019
Recibo [REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

845

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 22 de Julio 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN

SEMANA DEL 15 AL 21 DE JULIO-2019

ATENTAMENTE

[REDACTED]
ADI [REDACTED]



ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE ECONOMÍA
REGISTRACIÓN
VIA EL CAGO
2019



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha 13 de Julio de 2019
Recibo [REDACTED]

846

**“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”**

Iguala de la Independencia, Gro., a 29 de Julio 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE

FECHA

UBICACIÓN

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 22 AL 28 DE JULIO -2019.

ATENTAMENTE



H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONST. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha 30
Recibo [REDACTED]

C. [REDACTED]
A [REDACTED] DR

LA REPUBLICA
INVESTIGACION
LA EL CASO
IPA

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2

"SEGUNDA AMPLIACIÓN"
"INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES"

Iguala de la Independencia, Gro., a 05 de AGOSTO 2019.

C. [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN

SEMANA DEL 29-07 AL 04 DE AGOSTO - 2019.

ATENTAMENTE

C. [REDACTED]
[REDACTED] R

RESPONSABLE
ESTIGACIÓN
EL CASO



M. AYUNTAMIENTO MPAL CONSTL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCION DE
PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha 13-08-2019 (11:30)
Recibo [REDACTED]

**“SEGUNDA AMPLIACIÓN”
“INFORME SEMANAL INHUMACIONES-EXHUMACIONES”**

Iguala de la Independencia, Gro., a 12 de AGOSTO 2019.

C [REDACTED]
ENCARGADO DE LA DIRECCION DE PANTEONES

NOMBRE	FECHA	UBICACIÓN
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

SEMANA DEL 05 AL 11 DE AGOSTO-2019.

ATENTAMENTE

[REDACTED SIGNATURE]



H. AYUNTAMIENTO MPAL. CONSTL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
DIRECCIÓN DE
PANTEONES
2018 - 2021

RECIBIDO

Fecha 13 [REDACTED]
Recibio [REDACTED]

LA REPUBLICA
INVESTIGACIÓN
POR EL CASO
KPA




FGR



FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
FISCALIA ESPECIALIZADA EN
MATERIA DE DERECHOS HUMANOS
UNIDAD ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y
LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA
AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

044

CONSTANCIA DE CIERRE DE ACTUACIONES
CORRESPONDIENTES AL TOMO NÚMERO 797

--- En la Ciudad de México, siendo el día Diecinueve de Agosto
de dos mil diecinueve, el suscrito Licenciado  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: -----

----- H A C E C O N S T A R -----

--- 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 797 (Setecientos Noventa y Siete),
mismo que consta de 849 (Ochocientos Cuarenta y Nueve) fojas, contabilizando
la correspondiente a la presente constancia. Lo anterior, por ser necesario para la debida
integración y manejo del expediente de mérito. -----

----- C O N S T E -----

TESTIGOS DE ASISTENCIA

LIC. 