



ASUNTO: SOLICITUD

19 Agosto/2022



ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. MARÍA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ
PRESIDENTA MUNICIPAL DE CATORCE, S.L.P.

C. MARÍA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ
PRESIDENTA MUNICIPAL DE CATORCE, S.L.P.

Estimada presidenta, por medio de la presente, acudo a usted para solicitarle: _____

A poyo para obtener
un certificado de
defunción de mi
familiar.

Esperando tener una respuesta favorable, quedo de usted.

ATENTAMENTE

Mario Esquivel

Estimada presidenta, por medio de la presente le agradezco: _____

Gracias por apoyarnos
con el certificado de
defunción.

\$2100.00.

Reiterandole la seguridad
de mis respetos, me despido de usted.

ATENTAMENTE

Mario Esquivel



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

FOLIO
221277256

Persona físico

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|---|--|
| 1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A Nombre (s) <u>Leonar Yáquez Rodríguez</u> Primer Apellido <u>Rodríguez</u> Segundo Apellido <u>Yáquez</u> | | 2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>04</u> Año <u>1964</u> | | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad Federativa o país, si nació en el extranjero <u>Zacatecas</u> | | 5. CURP <u>VARRL64104112M25ZIDIN0191</u> | | 6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROAMERICANO/A? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | |
| 8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: | | 9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> *Especifique: | | 10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>10</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>05</u> Meses <u>18</u> | | 11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> | | 12. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a: <u>Camino Real</u> | | 12.3 Num. Ext. <u>25</u> | | 12.7 Código Postal <u>17856</u> | | | |
| 12. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a: <u>Urbanos</u> | | 12.1 Tipo de vivienda <u>Urbanos</u> | | 12.2 Nombre de la vivienda <u>Camino Real</u> | | 12.4 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanos</u> | | 12.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanos</u> | | 12.6 Nombre del asentamiento humano <u>Catorce</u> | | 12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u> | | | |
| 13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> | | 13.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> | | 14. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ama de casa</u> | | 15. AFILIACIÓN A SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEIAR <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> *Especifique: | | 16. NOMBRE <u>Mario Alberto Esquivel Yáquez</u> | | 17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO/A <u>Hijo</u> | | 18. FIRMA DE LA (DEL) FALLECIDO/A <u>[Firma]</u> | | | |
| 19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> | | 19.1 Nombre de la unidad médica <u>Camino Real</u> | | 20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <u>Urbanos</u> | | 20.1 Tipo de vivienda <u>Urbanos</u> | | 20.2 Nombre de la vivienda <u>Camino Real</u> | | 20.3 Num. Ext. <u>17856</u> | | 20.4 Código Postal <u>17856</u> | | | |
| 20.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanos</u> | | 20.6 Nombre del asentamiento humano <u>Catorce</u> | | 20.7 Código Postal <u>17856</u> | | 20.8 Localidad <u>Tanque de Arena</u> | | 20.9 Municipio o Alcaldía <u>Catorce</u> | | 20.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> | | 21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día <u>11</u> Mes <u>08</u> Año <u>2022</u> | | | |
| 22. ¿TIVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 24. ¿FUE DEFUNCION ACCIDENTAL O VIOLENTA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 25. TIPO DE DEFUNCION Enfermedad <input checked="" type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> Intervención legal <input type="radio"/> | | 26. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en (rees a) <u>Infarto Agudo al Miocardio</u> <u>Debido a (o) como consecuencia de) Diabetes Mellitus</u> <u>Debido a (o) como consecuencia de) []</u> | | 27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 28. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> | | 29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | |
| 27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 28. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> | | 28.2 ¿Las causas anotadas en el apartado 26.1 son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 28.3 ¿Las causas anotadas en el apartado 26.1 son complicaciones del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 29.1 ¿Fue Donador de órganos? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 30. CAUSA DE DEFUNCION 30.1 CÓDIGO AD <u>[]</u> | | | |
| 31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="radio"/> Oficina pública <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área colectiva (estadio, anfiteatro, etc.) <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 <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 33. LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTO DE DEFUNCION? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 34. RELACION DE LA (DEL) FALLECIDO/A CON LA (EL) FALLECIDO/A <u>[]</u> | | 35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIAS O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESION (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACION, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): <u>[]</u> | | 36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION <u>[]</u> | | 37. ¿FUE DEFUNCION ACCIDENTAL O VIOLENTA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | | |

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

| | |
|---|--------------------------------|
| HORA DE ARRIBO | 13:00 a.m. |
| FECHA | 14/Agosto/2022 |
| NOMBRE | Leonor Vazquez Palz |
| LUGAR DEFUNCION | Tanque de arenas |
| HORA DE DEFUNCION | 04:00 a.m. |
| CAUSA DE DEFUNCION | Diabetica - |
| FECHA DE NACIMIENTO | 11-04-1964 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | Mzapil Zacatecas |
| SEXO | Femenino |
| NACIONALIDAD | Mexicana |
| ESTADO CIVIL | Viuda |
| RESIDENCIA HABITUAL | Camino Real 25 |
| C.P. | 48564 |
| TIPO DE ASENTAMIENTO | Urbano |
| ESCOLARIDAD | Desconocida |
| OCCUPACION | Ninguna Ama de casa |
| NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION | NO CONTABA |
| DATOS DE INFORMANTE | Mario Alberto Esquivel Vazquez |
| DIRECCION DE INFORMANTE | Camino real 25 |
| PARENTESCO | hijo |
| TELEFONO INFORMANTE | 488 9109 7130 |
| DOCUMENTACION Y FOTOGRAFIAS ACAHECIDO | / |
| DOCUMENTACION Y FOTOGRAFIAS INFORMANTE Y TESTIGOS | / |
| Mario Esquivel | PEDIMENTO NO trasladado |

Maria Leonora Morfinez

Kla Teresa de Jesus Vazquez Villero

De la manera mas atenta y respetuosa se pide por parte de el (la) c. Mario Alberto Esquivel Vazquez en común acuerdo de toda la familia, el apoyo de no ser trasladado el cuerpo de el (la) c. Leonor Vazquez Palz esto en atención a Murio por morir antes de su edad y por lo que se pide el indulto a la autoridad competente, asentando firmas de los presentes para corroboración y aceptación de nuestro pedimento.

FIRMAS DE TODOS LOS PRESENTES

C. MA. GUADALUPE CALONSO REAL.
SINDICO MUNICIPAL DE CATORCE, S.L.P.

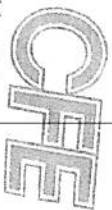


SEGURIDAD PUBLICA
CATORCE
GOBIERNO MUNICIPAL 2021 - 2024

natural y
su edad
Autoren

BOY FE

Padecim Tado



Comisión Federal de Electricidad

ESQUIVEL SOLIS SEVERO

CAMINO REAL N.25
ASTA ARRIVA
TANQUE DE ARENAS, C.P. 78564
TANQUE DE ARENAS, SLP

CFE Suministrador de Servicios Básicos
Rio Ródano No. 14, colonia Cuauhtémoc,
Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500,
Ciudad de México. RFC: CSS160330CP7

TOTAL A PAGAR:
\$53

(CINCUENTA Y TRES PESOS M.N.)

NO. DE SERVICIO : 922981200297
RMU : 78564 98-11-25 XAXX-010101 005 CFE

LIMITE DE PAGO: 16 JUL 22

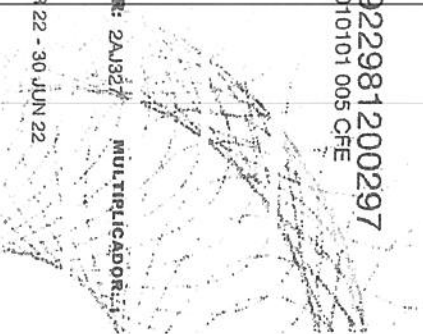
CORTE A PARTIR:
17 JUL 22

TARIFA: 01

NO. MEDIDOR: 2A1327

MULTIPLICADOR: 1

PERIODO FACTURADO: 29 ABR 22 - 30 JUN 22



**¡PAGA CON LA APP
CFE CONTIGO!**

Reporta fallas
Localiza sucursales
Conoce tu consumo

Disponible en:



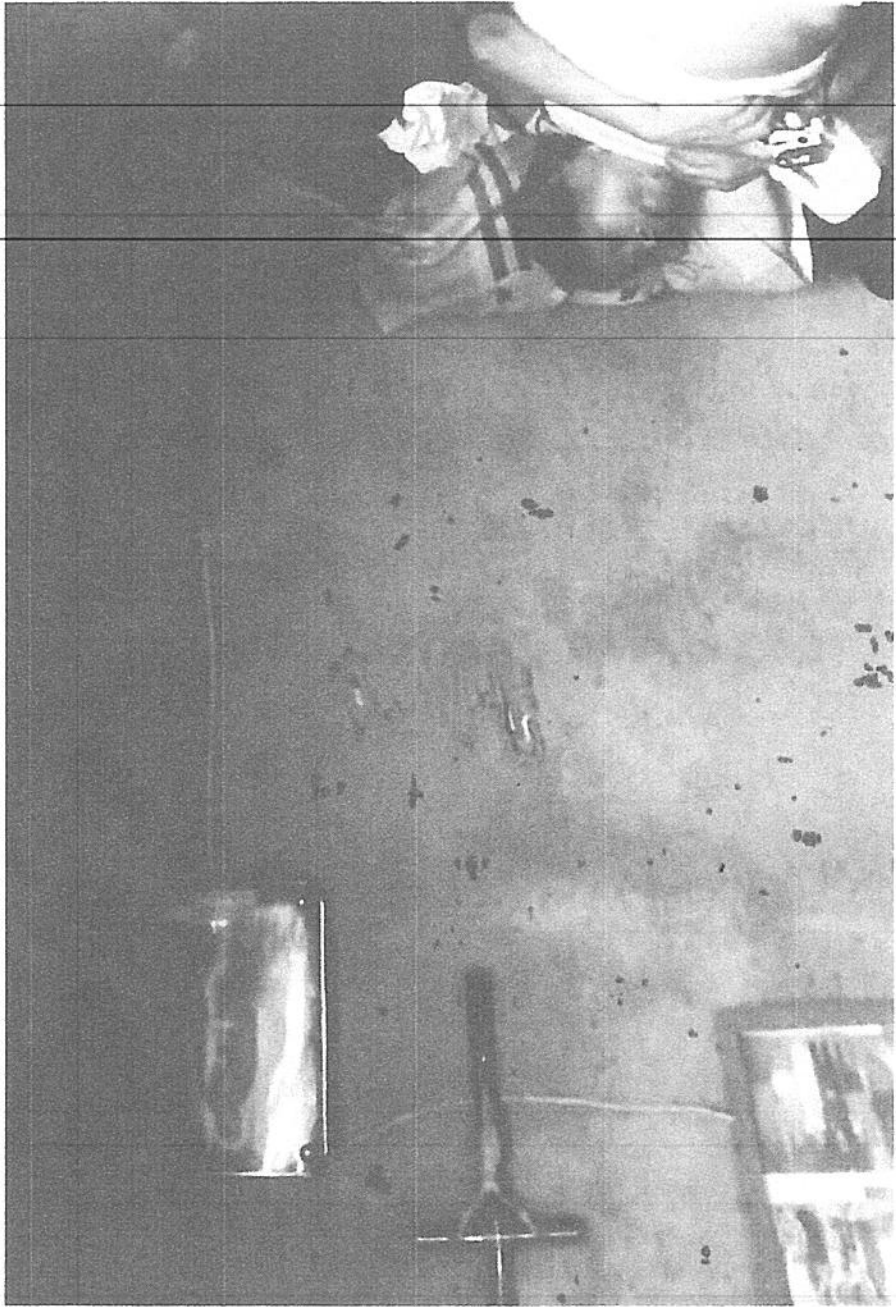
| Concepto | Medidor <input type="radio"/> Estimado | Medidor <input type="radio"/> Estimado | Total periodo | Precio (MXN) | Subtotal (MXN) |
|---------------|--|--|---------------|--------------|----------------|
| Energía (kWh) | 15229 | 15229 | 0 | 0.902 | 0.00 |
| Básico | | | 0 | | 0.00 |
| Suma | | | | | 0.00 |

Este gráfico refleja tu nivel de consumo. A menor uso, mayor apoyo.

Subtotal

| Concepto | Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista | | | Desglose del importe a pagar | |
|----------------------|--|-------|--------|------------------------------|---------------|
| | \$ | \$/KW | \$/MWh | Importe (MXN) | Importe (MXN) |
| Suministro | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 45.10 |
| Distribución | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 7.21 |
| Transmisión | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 52.31 |
| CENACE | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 51.89 |
| Energía | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | -51.00 |
| Capacidad | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | |
| SCNEM ⁽¹⁾ | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | \$53.20 |

(1) SCNEM: Cargas relacionadas con los servicios del Mercado Eléctrico Mayorista. (2) DAP: Derecho al Alumbrado Público. (3) Cargos o créditos. Diversos conceptos que se puedan incluir en el aviso recibido relacionados con el suministro. Fecha: 17 JUL 22. Impresión: 17 JUL 22 09:47:26 hrs. Calle: Álvarez. Zona: Centro. Vendedor: Tanque de Arenas. C.P.: 78564



MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NO MIRE
ESCUJINE
VALDUIEZ
MARIO ALBERTO
DOMICILIO
C CALVARO REAL 25
LOC TANCQUE DE ARENAS 78864
CATONCE SLP

FECHA DE VIGENCIA
27/03/1990
SEXO H

CLAVE DE LA SECCION ES/2189987327329-1210
CLAVE EUNAR80327HES2902 AÑO DE REGISTRO 2011 01

ESTADO 24 MUNICIPIO 006 SECCION 0103
LOCALIDAD 0099 VARIANTE 2016 VARIACION 2026

