



ASUNTO: SOLICITUD

06/Agosto/2022



ASUNTO: AGRADERCIAMIENTO

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: \_\_\_\_\_

me brinde el apoyo  
para obtener el  
Certificado medico  
de defuncion.

Estimada presidenta, por medio de la presente le agradezco: \_\_\_\_\_

Agradezco el apoyo brindado  
para el certificado  
de defuncion  
muchas gracias.

Esperando tener una respuesta favorable, quedo de usted.

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

ATENTAMENTE

Luisa Reyna Coronado

ATENTAMENTE

Luisa Reyna Coronado



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

FOLIO  
221277230

Persona desconocida

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECID(A) Nombre (s) <u>Daria</u> Primer Apellido <u>Cerenode</u> Segundo Apellido <u>Cadena</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>1934</u>	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	8. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROHISPANIC(A)? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
5. CURP <u>LC0CID13141101215MISPIRID10101</u>	7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1. Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 2. Especifique:
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas <u>08</u> Minutos <u>17</u> Para menores de un día: Días <u>08</u> 1 Para menores de un mes: Meses <u>08</u> Para menores de un año o más: Años cumplidos <u>08</u>	9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1. Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 2. Especifique:
12. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a) <u>Alamitos de los Diez</u> 12.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 12.8 Localidad <u>Catere</u> 12.6 Nombre del asentamiento humano <u>Cromo</u> 12.7 Código Postal <u>785512</u> 12.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	11. SITUACION CONYUGAL Soltero <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Preescolar <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 5 Profesional <input type="checkbox"/> 6 Posgrado <input type="checkbox"/> 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 8 Completa <input type="checkbox"/> 9 Incompleta <input type="checkbox"/> 10	14. OCUPACION HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 1 14.1 Trabaja <input type="checkbox"/> 2 14.2 Código Postal <u>785512</u>
15. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 SEDEMA <input type="checkbox"/> 3 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> 7 PEMEX <input type="checkbox"/> 8 SEDENA <input type="checkbox"/> 9	15.1 Número de seguridad social o afiliación Se ignora <input type="checkbox"/> 1 15.2 Código Postal <u>785512</u>
16. NOMBRE Nombre(s) <u>Luisa Reyna</u> Primer Apellido <u>Cerenode</u> Segundo Apellido <u>Higa</u>	17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECID(A) <u>Hija</u>
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE <u>Luisa Reyna</u>	18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE
DE LA (DEL) FALLECID(A)	
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> 2 IMSS <input type="checkbox"/> 3 SEDEMA <input type="checkbox"/> 4 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica <input type="checkbox"/> 9	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <u>Urbano</u> 20.1 Tipo de vivienda <u>20.1 Tipo de vivienda</u> <u>Alamitos de los Diez</u> 20.2 Nombre de la vivienda <u>Cromo</u> 20.3 Núm. Ext. <u>44</u> 20.4 Núm. Int. <u>1785512</u> 20.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbano</u> 20.6 Nombre del asentamiento humano <u>Catere</u> 20.7 Código Postal <u>785512</u> 20.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 20.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 20.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día <u>06</u> Mes <u>08</u> Año <u>2022</u> Hora <u>01</u> Minutos <u>30</u>	
22. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	
23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGIA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3 23.1 Fecha de cirugía <u>23.1 Fecha de cirugía</u> 23.2 Motivo de cirugía <u>23.2 Motivo de cirugía</u>	
24. ¿FUE DEFUNCION ACCIDENTAL O VIOLENTA? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	
25. TIPO DE DEFUNCION Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> 1 Accidente <input type="checkbox"/> 2 Aguada <input type="checkbox"/> 3 Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="checkbox"/> 4 Intervención legal <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 6	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) a) <u>Infarto Agudo al Miocardio</u> b) <u>Hipertensión Arterial</u> c) <u>Debido a (o) como consecuencia de (s) (el) intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)</u> d) <u>Debido a (o) como consecuencia de (s)</u>	
27. ¿SE PRACTIÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	
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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 28.2 ¿Las causas anotadas en los últimos 11 meses previos a la defunción: a) <u>Embarazo</u> b) <u>Parto o puerperio</u> c) <u>Parto o puerperio</u> 28.3 ¿Las causas anotadas en los últimos 11 meses previos a la defunción: a) <u>Embarazo</u> b) <u>Parto o puerperio</u> c) <u>Parto o puerperio</u>	
29. ¿LA (EL) FALLECID(A) PRESENTÓ MUERTE PRENATAL? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	
30. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE <u>30.1</u>	
31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Vivienda particular <input type="checkbox"/> 1 Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 3 Avenida deportiva <input type="checkbox"/> 4 Avenida particular <input type="checkbox"/> 5 Avenida colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 6 Avenida deportiva <input type="checkbox"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 8 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 9 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 10 Granja <input type="checkbox"/> 11 Otro <input type="checkbox"/> 12 Se ignora <input type="checkbox"/> 13	
33. LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO: Investigación pendiente <input type="checkbox"/> 1 No puede determinarse <input type="checkbox"/> 2	
34. RELACION DEL (DEL) FALLECID(A) CON LA (EL) FALLECID(A) Investigación pendiente <input type="checkbox"/> 1 No puede determinarse <input type="checkbox"/> 2	
35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACION, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESION (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACION, ESPECIFIQUE EL AGENTE TOXICO):	
36. DOMICILIO DONDE	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION  
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES



# CFE

Comisión Federal de Electricidad

CFE Suministrador de Servicios Básicos  
Río de Janeiro No. 14, colonia Conchitas  
Avenida Insurgentes - Código Postal 06700  
Ciudad de México, D.F. - México

## PUENTE CASTILLO JORGE

25000 Calle 2000  
Avenida Insurgentes No. 14  
Código Postal 06700

TOTAL A PAGAR:

\$109

SESENTA NUEVE PESOS 00/100

## ¡PAGA EL RECIBO DE LUZ DESDE TU CELULAR!

NO. DE SERVICIO : 924070200535

RMU : 25000 Calle 2000 - 06700 CFE

LIMITE DE PAGO: 04 DIC 21

CORTE A PARTIR:  
05 DIC 21

TARIFA: 01 NO. MEDIDOR: 0100135 MULTIPLICADOR: 1

PERIODO FACTURADO: 17 SEP 21 - 18 NOV 21



APP CFE CONTIGO

¡Descárgala ya!



VISA

Concepto	Lectura actual		Lectura anterior		Total periodo	Precio (MXN)	Subtotal (MXN)
	Medida	Estimada	Medida	Estimada			
Energía (KWh)		07261		07188	107		
Básica					107	0.873	93.41
Suma					107		93.41



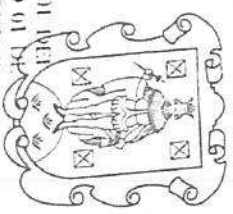
Este grafico refleja tu nivel de consumo. A menor uso, mayor apoyo

Subtotal

Concepto	Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista			Importe (MXN)	Desglose del importe a pagar	
	\$	S&W	S&Wh		Concepto	Importe (MXN)
Suministro	98.26	0.00	0.00	98.26	Energía	93.41
Distribución	0.00	0.00	127.35	127.35	IVA 16%	14.94
Transmisión	2.00	2.00	18.08	18.08	Fac. del Periodo	108.35
CENALC	0.00	0.00	0.90	0.90	Adeudo Anterior	123.74
Permisos	0.00	0.00	68.27	68.27	Su Pago	-123.00
Clasificación	0.00	0.00	43.44	43.44	Total	\$109.09
Su IVA M...	0.00	0.00	0.62	0.62		

Apoyo Gubernamental 259.02

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
Registro del Estado Civil



DECLARACION DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSI Y COMO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI, CERTIFICO SER CIERTO QUE EN EL LIBRO 01 DE NACIMIENTOS CON FECHA 31 DE OCTUBRE DE 1934 DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NO 295 A FOIAS S/N LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 01 ALBIÑO M. SILVA. DEL REGISTRO CIVIL DE REAL DE CATORCE, CATORCE, S. L. P.

### ACTA CERTIFICADA DE NACIMIENTO

#### DATOS DEL REGISTRADO

NOMBRE: DARIA CORONADO CADENA

FECHA DE NACIMIENTO: 25 DE OCTUBRE DE 1934 HORA: 08:00

LUGAR DE NACIMIENTO: EL ALAMARITO, CATORCE, S.L.P.

REGISTRADO: VIVO SEXO: FEMENINO

PRESENTADO POR: EL PADRE CURP: CRIP:

NOMBRE DEL PADRE: JESUS CORONADO DATOS DE LOS PADRES

EDAD: 28 AÑOS NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE MADRE: PAULA CADENA

EDAD: 23 AÑOS NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE: SEBASTIAN CORONADO DATOS DE LOS ABUELOS NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE: EPTACIA PUENTE NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE: PABLO CADENA NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE: FELICITAS SANCHEZ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE: PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO EDAD:

PARENTESCO:  
SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 28 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN: REAL DE CATORCE, SAN LUIS POTOSI A LOS 08 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2011

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL



*Flavio Cdv Arribas Lavat*  
C. FLAVIO CDV ARRIBAS LAVAT

OFICIALIA DEL  
REGISTRO CIVIL  
006-01  
CATORCE, S.L.P.

OBSERVACIONES:

ELABORO:

5443898



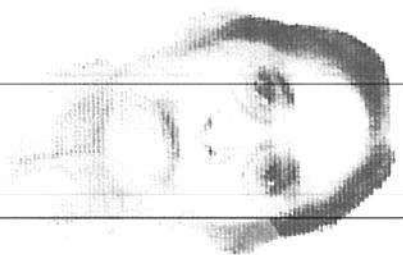
MÉXICO

# INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL CREDENCIAL PARA VOTAR

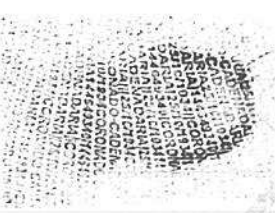
FECHA DE NACIMIENTO

25/10/1934

SEXO M



NOMBRE  
CORONADO  
CADENA  
DARIA  
DOMICILIO  
C CROMO 44  
LOC ALAMITOS DE LOS DIAZ 78552  
CATORCE, S.L.P.  
CUAVE DE ELECTOR CRCDDR34102524M500  
CURP COCD341025MSPRDR00



AÑO DE REGISTRO 1991 01

ESTADO 24 MUNICIPIO 006 SECCIÓN 0114  
LOCALIDAD 0006 EMISIÓN 2016 VIGENCIA 2026



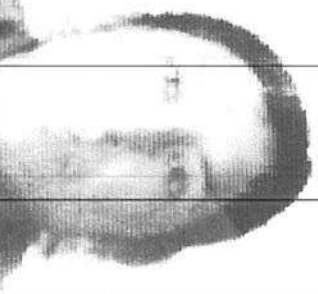
MÉXICO

# INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL CREDENCIAL PARA VOTAR

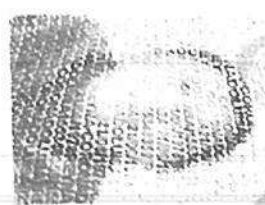
FECHA DE NACIMIENTO

21/06/1978

SEXO M



NOMBRE  
REYENA  
CORONADO  
LUISA  
DOMICILIO  
C CROMO 44  
LOC ALAMITOS DE LOS DIAZ 78552  
CATORCE, S.L.P.  
CUAVE DE ELECTOR RYCRLS78062124M100



CURP RECL780621MSPYRS05 AÑO DE REGISTRO 1997 02

ESTADO 24 MUNICIPIO 006 SECCIÓN 0114  
LOCALIDAD 0006 EMISIÓN 2016 VIGENCIA 2026





A 6 de Agosto 2022 Alamitos de los Diaz

Ante esta autoridad se presento  
la Señora Luisa Reyna para  
dar Fe del Fallecimiento de la  
Señora Daria Coronado Cadena  
dicha Señora Fallecio A las 8:00 Am  
en sudamisi lio conocido  
Ariba mensionado.

quedando asus ordenes  
e Juez Auxiliar

J. Roman Navarro Reina

