

ASUNTO: SOLICITUD

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

Estimada presidenta, por medio de la presente, acudo a usted para solicitarle: de
la manera mas atenta el apoyo a la
realización del certificado de Defunción
a nombre de Mauro Tapia Medrano.

Esperando tener una respuesta favorable, quedo de usted.

ATENTAMENTE

Eva Tapia Carrasubias

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

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

Estimada presidenta, por medio de la presente le agradezco: El pago
del certificado de Defunción por la
cantidad de \$400.00 (cuatrocientos pesos)
o/c/o m.n.) a nombre de Mauro
Tapia Medrano.

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

ATENTAMENTE

Eva Tapia Carrasubias

HORA DE ARRIBO	12:29 p.m.
FECHA	Lunes 04 de Julio del 2022
NOMBRE	MCIRO Tapia MEDIANO
LUGAR DEFUNCION	El Patroio, Municipio de Catace, S.L.P.
HORA DE DEFUNCION	06:30 a.m.
CAUSA DE DEFUNCION	Muerte Natural (Hiperfension)
FECHA DE NACIMIENTO	15 de Enero del 1930
LUGAR DE NACIMIENTO	el Patroio, Municipio de Catace, S.L.P.
SEXO	Masculino
NACIONALIDAD	Mexicana
ESTADO CIVIL	Viudo
RESIDENCIA HABITUAL	Hidalgo, S/N
C.P.	78563
TIPO DE ASENTAMIENTO	Urbano
ESCOLARIDAD	Ninguna.
OCUPACION	Jornaleiro
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION	
DATOS DE INFORMANTE	Hildeberto Flores Coronado
DIRECCION DE INFORMANTE	Hidalgo S/N
PARENTESCO	Urbano
TELEFONO INFORMANTE	488 145 08 62
DOCUMENTACION Y FOTOGRAFIAS ACAHECIDO	✓
DOCUMENTACION Y FOTOGRAFIAS INFORMANTE Y TESTIGOS	✓
PEDIMENTO	Incluido y Certificado defunción

En Topa Comanditas
 [Firma]
 [Firma]

Josefina Tapia
 [Firma]

De la manera mas atenta y respetuosa se pide por parte de el (la) C. Hildeberto Flores Coronado en común acuerdo de toda la familia, el apoyo de no ser trasladado el cuerpo de el (la) C. MCIRO TAPIA MEDIANO, esto en atención a que era una persona muy somos conscientes a que su fallecimiento fue por causa natural por lo cual 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



[Firma]



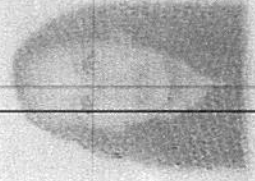
MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
TAPIA
COVARRUBIAS
EVA

SEXO M



DOMICILIO
C HIDALGO SIN
LOC EL POTRERO 78551
CATORCE, S.L.P.

CLAVE DE ELECTOR TPCVEV67122024M200

CURP
TACE671220MSPPV00
AÑO DE REGISTRO 1991 01
FECHA DE NACIMIENTO 20/12/1967
SECCIÓN 0108
VIGENCIA 2021 - 2031

Eva Tapia Covarrubias



MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
TAPIA
MEDRANO
MAURO

SEXO H



DOMICILIO
C HIDALGO SIN
LOC EL POTRERO 78563
CATORCE, S.L.P.




CLAVE DE ELECTOR TPMIDMR30011524H800

CURP
TAMM300115HSPDR08
AÑO DE REGISTRO 1991 02
FECHA DE NACIMIENTO 15/01/1930
SECCIÓN 0108
VIGENCIA 2021 - 2031

X

INE



21

SECRETARÍA DE INTERIORES
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX2128605695<<0108028125427
6812182H3112319MEX<02<<01244<7
FLORES<CORONADO<<HILDEBERTO<<<

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



SEXO H

NOBRE
FLORES
CORONADO
HILDEBERTO

DOMINGLO
CHIDALGO SIN
LOC EL POTRERO 78563
CATORCE, S.L.P.

CLAVE ELECTOR FLCR-HL68121824H100
CURP FOC-H81218HSP1RL09
AÑO DE REGISTRO 1985 02
FECHA DE NACIMIENTO 18/12/1968

SECCIÓN 0108
VIGENCIA 2021 - 2031



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

Modelo 2022

FOLIO

221276290

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUJARAT
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUJARAT

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A) Mauro Tapia Medrano		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 11/10/1930		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		7. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP TIA MIM31061115HSIPDR09			
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 ignora <input type="radio"/> 9 *Especifique:			
9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 02 *Especifique:			
10. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días de nacido(a) anote: Para menores de una hora: Minutos [] Horas [] Para menores de un día: Para menores de un mes: [] Días [] Para menores de un año: Para persona de un año o más: Meses [] Años cumplidos [09]2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltero/a <input type="radio"/> 1 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casado/a <input type="radio"/> 5 Separado/a <input type="radio"/> 6 Divorciado/a <input type="radio"/> 3 Viudo/a <input checked="" type="radio"/> 2			
12. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido(a) 12.1 Tipo de vivienda: Urbano <input checked="" type="radio"/> 1 Rural <input type="radio"/> 2 12.2 Nombre de la vivienda: Hidalgo			
13. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10 Preescolar <input type="radio"/> 12 Secundaria <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 13.1 La escolaridad seleccionada es: 13.2 Nombre del asentamiento humano: Catorce			
14. OCUPACIÓN HABITUAL 14.1 Trabajo Se ignora <input type="radio"/> 99 14.2 Número de seguridad social o afiliación: Jornalero			
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 Otra <input type="radio"/> 08 *Especifique:			
16. NOMBRE Hildeberto Flores Coronado			
17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO(A) Yerno			
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE [Firma]			
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		19.1 Nombre de la unidad médica	
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Urbano <input checked="" type="radio"/> 1 Rural <input type="radio"/> 2 El Patrero		19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hidalgo	
20.5 Tipo de asentamiento humano El Patrero		20.6 Nombre del asentamiento humano Catorce	
20.8 Localidad El Patrero		20.9 Municipio o Alcaldía Catorce	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/10/2022		23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.1 Fecha de cirugía: Día [] Mes [] Año [] 23.2 Motivo de cirugía: [] 23.3 Motivo de cirugía: []	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input checked="" type="radio"/> 4 Accidente <input type="radio"/> 1 Agresión <input type="radio"/> 2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> 3		24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfexia, etc.) a) Infarto Agudo al Miocardio b) Hipertensión Arterial c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) Reporte la cadena de afecciones o eventos en debido orden (a aplicar). Añote la causa básica en la última línea utilizada.			
PARTE II. Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, para que su presencia contribuyó a la defunción. (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)			
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 ignora <input type="radio"/> 9		29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTO MUERTE ENCEFALICA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 29.1 ¿Fue Donación de órganos? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la publicación? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN []	
27.2 ¿Se realizó en el laboratorio de su país? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		30.1 CÓDIGO ADICIONAL []	
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: []			

DE LA DEFUNCIÓN

DE LA (DEL) FALLECIDO(A)

FOR DATOS PREORAL EN EST... REGISTROS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS... FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS... FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS...

Investigación pendiente 1 No puede determinarse 2