



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO
REGISTRO CIVIL

FOLIO MXRC 288620

ACTA DE DEFUNCIÓN



ACTA DE DEFUNCIÓN

CRIP:

CURP:

GORD510721HMCNYN09

OFICIALIA No. 0002	LIBRO No. 1	ACTA No. 27	FOJA No.	LOCALIDAD SAN PEDRO DE LOS BAÑOS	FECHA DE REGISTRO DÍA MES AÑO 25/JULIO/2023
MUNICIPIO IXTLAHUACA			ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO		
DATOS DEL FINADO					
DANIEL		GONZALEZ		SEXO: MASCULINO <input checked="" type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>	REYES
(NOMBRE)		(PRIMER APELLIDO)		(SEGUNDO APELLIDO)	
EDO. CIVIL:	NACIONALIDAD: MEXICANA		EDAD: 72 años 0 meses 3	21/07/1951	
		AÑOS MESES DÍAS HORAS		FECHA NAC. (DÍA MES AÑO)	
DOMICILIO: GUSTAVO BAZ, S/N					
SANTO DOMINGO DE GUZMAN		IXTLAHUACA		MEXICO	MEXICO
(LOCALIDAD)		(MUNICIPIO)		(ENTIDAD)	(PAIS)
LUGAR DE NACIMIENTO:					
		(LOCALIDAD)		(MUNICIPIO)	(ENTIDAD) (PAIS)
NOMBRE DEL CÓNYUGE:					
NACIONALIDAD:					
NOMBRE DEL PADRE:					
NACIONALIDAD:					
NOMBRE DE LA MADRE:					
NACIONALIDAD:					
FALLECIMIENTO					
FECHA DE DEFUNCIÓN: 24/07/2023 HORA: 19:05:00					
DÍA MES AÑO					
LUGAR: AVENIDA UNIVERSIDAD, 105, BARRIO DE SAN PEDRO LA CAJEDERA, IXTLAHUACA, MEXICO, MEXICO					
(LOCALIDAD)		(MUNICIPIO)	(ENTIDAD)	(PAIS)	CERTIFICADO No. 225700071
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACIÓN					
NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATÓRIO: PANTEON MUNICIPAL					
UBICACIÓN: SANTO DOMINGO DE GUZMAN, IXTLAHUACA, MEXICO, MEXICO					
ORDEN No. 037					
DONDE FALLECIÓ: HOSPITAL O CLÍNICA OFICIAL					
CAUSA DE LA MUERTE:					
A) - INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.					
TIPO DE DEFUNCIÓN: MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA					
NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: OSCAR ESTEVES TORRES					
No. DE CÉDULA PROFESIONAL: 5980883					
DOMICILIO: AVENIDA MORELOS ORIENTE, 1300, BARRIO SAN SEBASTIÁN, TOLUCA, MEXICO, MEXICO					
DECLARANTE					
NOMBRE: JOSE LUIS ESCOBAR BELTRAN					
EDAD: 55					
NACIONALIDAD: MEXICANA					
PARENTESCO: NINGUNO					
DOMICILIO: 1 DE MAYO, S/N, COLONIA SAN FRANCISCO DE ASIS, IXTLAHUACA, MEXICO, MEXICO					
FIRMAS					
DECLARANTE					
ANOTACIONES: SE ASIENTA LA PRESENTE ACTA POR ORDEN DEL MINISTERIO PUBLICO, SEGUN OFICIO NO. 06050/2023, N/C: ATL/XC/02/MP/40901108/23/07, N/C: IXT/ATU/XC/044206118/23/07, DE FECHA 24 DE JULIO DE 2023. DOY FE. P. D. FILIBERTO ALANUZA ZARATE, OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, 02 DE IXTLAHUACA, MEXICO, 25/07/2023					

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y

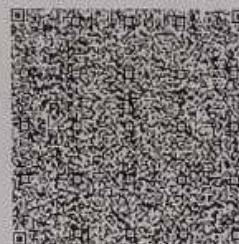
SELLO DE LA OFICIALIA DEL
REGISTRO CIVIL

FIRMA ELECTRÓNICA

VG 9t bz p6 TG k cm 56 MX x6 b2 ph On xB Y3 Rh D j 13 IE Vu d2 k YW C6 Tu VY SU NP IE 11
bm k sX 5p bz pj WF RM QU NV DU N8 IE Zp bm Fk bz p6 Ou 6J RU w9 R0 90 Wk FM BV cg Uk
YZ RV Mg TS Ay MS Bw Ny ax OT Ux IE 1F WE 10 Ty Ag U0 FO 1F BF RE JF IE R8 IE xP Uy 8C
Qd FF Uy 9N RV 1J Q0 FO QS BN RV 1J Q0 8g R0 9S RD Ux MD cy MU 1W Q0 6Z TJ AS 1H xE
ZW Z1 b9 Np b2 46 Mj Qv MD cv Mj Ay My BB K9 4j IE 10 Rk FS VE 8g QU xV RE 8g QU w9 TU

C. FILIBERTO ALANUZA ZARATE

E/C. Oficial No. 2 del Municipio de IXTLAHUACA de la Oficina 2



2150420002023000270



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

FOLIO

220709471

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

DE LA (DEL) FALLECIDO(A)

DEL INF.

DE LA DEFUNCION

ACCIDENTAL O VIOLENTA

DE LA (DEL) CERTIFICANTE

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)

Daniel

Gonzalez

Peñes

2. FECHA DE NACIMIENTO

21/07/1951

3. SEXO

Hombr

Mujer

Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

México

5. CORP

1601R1D5110171211HIMICU1YIN109

6. ¿ES LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O?

Si

No

Se ignora

7. ¿ES CONCEPTUAL?

Si

No

Se ignora

8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?

Si

No

Se ignora

9. NACIONALIDAD

Mexicana

Es

Extranjera

Se ignora

10. EDAD CUMPLIDA

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para menores de un año o más

Se ignora

11. SITUACION CONYUGAL

Se ignora

Separado

Divorciado

Viudo

Concubino

12. RESIDENCIA HABITUAL

Antes al domicilio permanente

Donde vivía la (el) fallecido(a)

12.1 Tipo de vivienda

12.2 Tipo de asentamiento humano

12.3 Localidad

12.4 Municipio o Alcaldía

12.5 Estado

12.6 País

12.7 Código Postal

12.8 Entidad federativa

12.9 País

12.10 País

12.11 País

12.12 País

12.13 País

12.14 País

12.15 País

12.16 País

12.17 País

12.18 País

12.19 País

12.20 País

12.21 País

12.22 País

13. ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Profesional

Postgrado

Se ignora

13.1 La escolaridad alcanzada es:

Completa

Incompleta

13.2 Ocupación habitual

Se ignora

13.3 Ocupación

13.4 Ocupación

13.5 Ocupación

13.6 Ocupación

13.7 Ocupación

13.8 Ocupación

13.9 Ocupación

13.10 Ocupación

13.11 Ocupación

13.12 Ocupación

13.13 Ocupación

13.14 Ocupación

13.15 Ocupación

14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

IMSS BIENESTAR

ISSFAM

Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación

14.2 Número de seguridad social o afiliación

14.3 Número de seguridad social o afiliación

14.4 Número de seguridad social o afiliación

14.5 Número de seguridad social o afiliación

14.6 Número de seguridad social o afiliación

14.7 Número de seguridad social o afiliación

14.8 Número de seguridad social o afiliación

14.9 Número de seguridad social o afiliación

14.10 Número de seguridad social o afiliación

14.11 Número de seguridad social o afiliación

14.12 Número de seguridad social o afiliación

14.13 Número de seguridad social o afiliación

14.14 Número de seguridad social o afiliación

14.15 Número de seguridad social o afiliación

14.16 Número de seguridad social o afiliación

14.17 Número de seguridad social o afiliación

14.18 Número de seguridad social o afiliación

14.19 Número de seguridad social o afiliación

14.20 Número de seguridad social o afiliación

15. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

15.1 PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO(A)

15.2 Nombre de la unidad médica

15.3 Tipo de atención

15.4 Tipo de atención

15.5 Tipo de atención

15.6 Tipo de atención

15.7 Tipo de atención

15.8 Tipo de atención

15.9 Tipo de atención

15.10 Tipo de atención

15.11 Tipo de atención

15.12 Tipo de atención

15.13 Tipo de atención

15.14 Tipo de atención

15.15 Tipo de atención

15.16 Tipo de atención

15.17 Tipo de atención

15.18 Tipo de atención

15.19 Tipo de atención

15.20 Tipo de atención

15.21 Tipo de atención

15.22 Tipo de atención

15.23 Tipo de atención

16. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION

Secretaría de Salud

ISSSTE

SEMAR

IMSS BIENESTAR

PEMEX

Otra unidad médica pública

IMSS

SEDENA

Unidad médica privada

16.1 Tipo de vivienda

16.2 Tipo de asentamiento humano

16.3 Localidad

16.4 Municipio o Alcaldía

16.5 Estado

16.6 País

16.7 Código Postal

16.8 Entidad federativa

16.9 País

16.10 País

16.11 País

16.12 País

16.13 País

16.14 País

16.15 País

16.16 País

16.17 País

17. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION

20.1 Tipo de vivienda

20.2 Tipo de asentamiento humano

20.3 Localidad

20.4 Municipio o Alcaldía

20.5 Estado

20.6 País

20.7 Código Postal

20.8 Entidad federativa

20.9 País

20.10 País

20.11 País

20.12 País

20.13 País

20.14 País

20.15 País

20.16 País

20.17 País

20.18 País

20.19 País

20.20 País

20.21 País

20.22 País

20.23 País

20.24 País

20.25 País

20.26 País

21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION

Día

Mes

Año

21.1 Hora

21.2 Minutos

21.3 Segundos

21.4 Segundos

21.5 Segundos

21.6 Segundos

21.7 Segundos

21.8 Segundos

21.9 Segundos

21.10 Segundos

21.11 Segundos

21.12 Segundos

21.13 Segundos

21.14 Segundos

21.15 Segundos

21.16 Segundos

21.17 Segundos

21.18 Segundos

21.19 Segundos

21.20 Segundos

21.21 Segundos

21.22 Segundos

21.23 Segundos

22. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?

Si

No

Se ignora

22.1 Fecha de consulta

22.2 Fecha de consulta

22.3 Fecha de consulta

22.4 Fecha de consulta

22.5 Fecha de consulta

22.6 Fecha de consulta

22.7 Fecha de consulta

22.8 Fecha de consulta

22.9 Fecha de consulta

22.10 Fecha de consulta

22.11 Fecha de consulta

22.12 Fecha de consulta

22.13 Fecha de consulta

22.14 Fecha de consulta

22.15 Fecha de consulta

22.16 Fecha de consulta

22.17 Fecha de consulta

22.18 Fecha de consulta

22.19 Fecha de consulta

22.20 Fecha de consulta

22.21 Fecha de consulta

22.22 Fecha de consulta

22.23 Fecha de consulta

23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGIA EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS?

Si

No

Se ignora

23.1 Fecha de cirugía

23.2 Fecha de cirugía

23.3 Fecha de cirugía

23.4 Fecha de cirugía

23.5 Fecha de cirugía

23.6 Fecha de cirugía

23.7 Fecha de cirugía

23.8 Fecha de cirugía

23.9 Fecha de cirugía

23.10 Fecha de cirugía

23.11 Fecha de cirugía

23.12 Fecha de cirugía

23.13 Fecha de cirugía

23.14 Fecha de cirugía

23.15 Fecha de cirugía

23.16 Fecha de cirugía

23.17 Fecha de cirugía

23.18 Fecha de cirugía

23.19 Fecha de cirugía

23.20 Fecha de cirugía

23.21 Fecha de cirugía

23.22 Fecha de cirugía

23.23 Fecha de cirugía

24. ¿FUE DEFUNCION ACCIDENTAL O VIOLENTA?

Si

No

Se ignora

24.1 Tipo de lesión

24.2 Tipo de lesión

24.3 Tipo de lesión

24.4 Tipo de lesión

24.5 Tipo de lesión

24.6 Tipo de lesión

24.7 Tipo de lesión

24.8 Tipo de lesión

24.9 Tipo de lesión

24.10 Tipo de lesión

24.11 Tipo de lesión

24.12 Tipo de lesión