

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE DEFUNCIÓN (CEDe)

ORDEN DEL DÍA

1. INTRODUCCIÓN AL TEMA.
2. USO CORRECTO DEL SISTEMA DE CERTIFICADOS ELECTRÓNICOS DE DEFUCIÓN. (**VIDEO**)
3. REQUISITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA.
4. TIPOS DE MÉDICOS CERTIFICANTES.
5. CONTENIDO DEL SISTEMA.
6. PROCESO DE LA INFORMACIÓN.
7. REGLAS GENERALES DE APLICACIÓN.
8. NOTAS FINALES.
9. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN.
10. CONTACTO ISSEA.

2. USO CORRECTO DEL CEDe

<< VIDEO >>

3. REQUISITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- CONTAR CON EQUIPO DE COMPUTO CON ACCESO A INTERNET Y CON NAVEGADOR GOOGLE CHROME.
- LOS MÉDICOS CERTIFICANTES DEBEN CONTAR CON **EFIRMA** ACTUALIZADA Y VIGENTE.
- CONTAR CON USUARIO DE ACCESO AL SISTEMA, PREVIAMENTE SOLICITADO AL PERSONAL DE ESTADÍSTICA DE ISSEA.
 - REQUISITOS PARA SOLICITAR USUARIO:
 - ❖ CURP VIGENTE IMPRESA.
 - ❖ COPIA DE LA CÉDULA DE SITUACIÓN FISCAL VIGENTE.
 - ❖ COPIA DE LA CÉDULA PROFESIONAL DEL ÚLTIMO GRADO.
 - ❖ COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE (INE).
 - ❖ COPIA DEL CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL CURSO DEL “***CORRECTO LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN***” PROPORCIONADO POR LA OPS (NO MAYOR A 1 AÑO).
 - ❖ PROPORCIONAR LA(S) CLAVE(S) CLUES DE LA(S) UNIDAD(ES) EN LAS QUE CERTIFICARÁ.
 - ❖ LLENAR FORMATO DE EXCEL CORRESPONDIENTE.
- *LAS UNIDADES / CADA MÉDICO PARTICULAR DEBERÁ REUNIR LOS REQUISITOS Y ENTREGARLOS FÍSICAMENTE EN EL DEPTO. DE ESTADÍSTICA DE OFICINAS CENTRALES DE ISSEA O EN SU DEFECTO PODRÁN ENVIARLOS EN FORMA DIGITAL AL CORREO ELECTRÓNICO QUE SE INDICARÁ AL FINALIZAR EL CURSO.*

4. TIPOS DE MÉDICOS CERTIFICANTES

- 1**
Certificante de Unidad Médica
 - Certifica solo las defunciones **ocurridas dentro de la unidad médica** de la unidad asignada a su usuario
- 2**
Certificante como Médico Particular
 - Certifica solo las defunciones **ocurridas fuera de la unidad médica** (Hogar, vía pública, otro lugar) del área de influencia de la **jurisdicción sanitaria** donde asignaron su usuario
- 3**
Certificante como Médico Legista
 - Certifica las defunciones **ocurridas dentro y fuera de la unidad médica** del área de influencia del SEMEFO (Servicio Médico Forense) asignado a su usuario



<< POR EL MOMENTO LOS MÉDICOS LEGISTAS SERÁN LOS ÚNICOS EN CERTIFICAR EN PAPEL, HASTA QUE SEMEFO TENGA CLAVE CLUES>>

5. CONTENIDO DEL SISTEMA

5.1. BANDEJA DE BÚSQUEDA DE CEDe.

Bandeja de búsqueda del Certificado electrónico de Defunción

Número de folio del certificado de defunción

CURP

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha Nacimiento del fallecido

Fecha de defunción

Buscar

Limpiar

ID	Estatus	Folio	CURP	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha defunción	C. Básica
----	---------	-------	------	-----------	-----------------	------------------	-----------------	-----------

<< **RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA** >>

Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Ant. Pág

Sig. Pág

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

ESTATUS CEDE	COLOR	SIGNIFICADO
Expedido		CEDe Firmado y listo para imprimir
Verificado		CEDe canjeado por el Acta de defunción
Cancelado		CEDe cancelado

5. CONTENIDO DEL SISTEMA

5.2. CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe.

Captura de Defunciones ✕

CARLOS.MARMOLEJO-1-01-01-9999999999-ASSSA000030. 1.0 11/02/2025 1245

DE LA (DEL) FALLECIDA/O	▼
DEL INFORMANTE	▼
DE LA DEFUNCIÓN	▼
ACCIDENTAL O VIOLENTA	▼
DE LA(DEL) CERTIFICANTE	▼
Firmado del CED	▼

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

DE LA (DEL) FALLECIDA/O

Persona desconocida ☐

5. Clave Única de Registro de Población (CURP)

1. Nombre(s) de la (del) fallecido
Primer apellido
Segundo apellido

2. Fecha nacimiento DD/MM/YYYY
3. SEXO
¿Nació en el extranjero? ☐ País de nacimiento
4. Entidad de nacimiento

6. ¿Se le reconocía como afromexicana/o?
7. ¿Se consideraba indígena?
8. ¿Hablaba alguna lengua indígena?
Especifique lengua indígena hablada

9. Nacionalidad
País nacionalidad
Clave de Edad
10. Edad Cumplida

Para menores de 28 días anote:

10.1. Folio del Certificado de Nacimiento
10.2. Semanas de gestación
10.3. Peso al nacer (gramos)

11. Situación conyugal

12. RESIDENCIA HABITUAL

¿Reside en el extranjero? ☐ País de residencia
Se ignora CP ☐
12.10 Entidad federativa
12.9 Municipio o alcaldía
12.8 Localidad
12.7 Código Postal
12.1 Tipo de vialidad
12.2 Nombre de la vialidad
12.3 Número Exterior
12.4 Núm. interior
12.5 Tipo de asentamiento humano
12.6 Nombre del asentamiento humano

13. Escolaridad
14. Ocupación Habitual
14.1 Trabajaba
15. Afiliación a Servicios de Salud
Especifique afiliación
15.1 Número de seguridad social o afiliación

Clave de Edad

1 - MINUTOS
2 - HORAS
3 - DÍAS
4 - MESES
5 - AÑOS
9 - SE IGNORA

11. Situación conyugal

1 - SOLTERO(A)
2 - VIUDO(A)
3 - DIVORCIADO(A)
4 - UNION LIBRE
5 - CASADO(A)
6 - SEPARADO(A)
9 - SE IGNORA

REGISTRO CIVIL

Estado Conyugal:

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Viudo(a)

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

DEL INFORMANTE

16. Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

17. Parentesco con la (el) fallecida/o

- 1 - ESPOSA(O) O COMPAÑERA(O)
- 2 - HIJO(A)
- 3 - EX-ESPOSO(A)
- 4 - MADRE O PADRE
- 5 - HERMANO(A)
- 6 - ABUELO(A)
- 7 - NIETO(A)
- 8 - TÍO(A)
- 9 - SOBRINO(A)
- 10 - PRIMO(A)
- 11 - OTRO PARENTESCO
- 12 - NO TIENE PARENTESCO
- 13 - SUEGRO(A)
- 99 - SE IGNORA

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

DE LA DEFUNCIÓN

19. Sitio donde sucedió la defunción

19.1 Nombre de la unidad

19.2 CLUES

01 - SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO

ASSSA000030 - HOSPITAL GENERAL TERCEF

20. Domicilio donde sucedió la defunción

20.10 Entidad federativa

20.9 Municipio

20.8 Localidad

Se ignora CP

20.7 Código Postal

01 - AGUASCALIENTES

001 - AGUASCALIENTES

AGUASCALIENTES - 0001

☐

20298

20.1 Tipo de vialidad

20.2 Nombre de la vialidad

20.3 Número Exterior

20.4 Núm. interior

3 - AVENIDA

SIGLO XXI

103

20.5 Tipo de asentamiento

20.6 Nombre del asentamiento

Jurisdicción

16 - FRACCIONAMIENTO

MORELOS I

01 - AGUASCALIENTES

21. Fecha de la defunción

21. Hora de la defunción

22. ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?

23. ¿Se realizó una cirugía en las últimas 4 semanas?

DD/MM/YYYY

23.1 Fecha de cirugía

23.2 Motivo de cirugía

DD/MM/YYYY

24. ¿Fue defunción accidental o violenta?

25. Tipo de defunción

25. Tipo de defunción

1 - ACCIDENTE

2 - HOMICIDIO

3 - SUICIDIO

4 - ENFERMEDAD

5 - INTERVENCIÓN LEGAL

9 - SE IGNORA

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

26 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir-ejemplo por paro cardíaco, asenia etc.)

Parte I (Reporte la enfermedad o condición causante directamente de muerte en línea a)

Descripción

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción

Clave de tiempo

Tiempo

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Código CIE

Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Código CIE

Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Código CIE

Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Código CIE

Código CIE

Parte II (Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la muerte)

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Código CIE

Código CIE

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN CÓDIGO CIE

30.1 CÓDIGO ADICIONAL CIE

¿Es caso para vigilancia epidemiológica?

27. ¿Se practicó necropsia?

27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?

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

28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante :

28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

¿Es una posible muerte materna?

29. ¿La(El) fallecida/o presentó muerte encefálica?

29.1 ¿Fue donadora/or de órganos?

28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante :

- 1 - EL EMBARAZO
- 2 - EL PARTO
- 3 - EL PUERPERIO
- 4 - 43 DÍAS A 11 MESES DESPUE
- 5 - NO ESTUVO EMBARAZADA

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

ACCIDENTAL O VIOLENTA			
31. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	32. Lugar donde ocurrió la lesión	33. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número	34. Relación de la (del) presunta/o agresora/or con la (el) fallecida/o
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
35. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la causa externa (Si es intoxicación, especifique el agente tóxico)			<input type="text"/>
<input type="text"/>			
36. Domicilio donde ocurrió la lesión (accidental o violenta)			
36.10 Entidad federativa	36.9 Municipio	36.8 Localidad	Se ignora CP 36.7 Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
36.1 Tipo de vialidad	36.2 Nombre de la vialidad	36.3 Número Exterior	36.4 Núm. interior
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36.5 Tipo de asentamiento	36.6 Nombre del asentamiento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

<< CERTIFICACIÓN EXCLUSIVA DE SEMEFO (MÉDICO LEGISTA) >>

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

DE LA(DEL) CERTIFICANTE

37. CERTIFICADO POR

▼

Especifique

38. Nombre

CARLOS EDUARDO

38. Primer apellido

GONZALEZ

38. Segundo apellido

MARMOLEJO

39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O (Número de la Cédula Profesional)

37. CERTIFICADO POR

▼

Especifique

4 - PERSONA AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD

5 - AUTORIDAD CIVIL

8 - OTRO

1 - MÉDICA/O TRATANTE

2 - MÉDICA/O LEGISTA

3 - OTRA/O MÉDICA/O

41. DOMICILIO Y TELÉFONO

41.10 Entidad federativa

01 - AGUASCALIENTES

41.9 Municipio

001 - AGUASCALIENTES

41.8 Localidad

AGUASCALIENTES - 0001

Se ignora CP

☐

41.7 Código Postal

20298

41.1 Tipo de vialidad

3 - AVENIDA

41.2 Nombre de la vialidad

SIGLO XXI

41.3 Número Exterior

103

41.4 Núm. interior

41.5 Tipo de asentamiento

16 - FRACCIONAMIENTO

41.6 Nombre del asentamiento

MORELOS I

41.11 Teléfono

10 DÍGITOS NUMÉRICOS

Validar Información

5.2 CONTENIDO DE LA CAPTURA DEL CEDe

Firmado del CED

Selecciona el archivo cer: Ningún archivo seleccionado

Selecciona el archivo key: Ningún archivo seleccionado

Contraseña:



**<< UN ERROR EN ESTOS DATOS Y PROVOCARÁ LA PERDIDA DEL FOLIO
CONSECUTIVO DEL CEDe>>**

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME 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

DATOS DE LA DEFUNCIÓN con folio 24U00005E00000041

DE LA (DEL) FALLECIDO(A)		ESTRIBAN (Nombre(s))		PERLA OZA (Primer Apellido)		A JAREZ (Segundo Apellido)	
1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)	ESTRIBAN (Nombre(s))	PERLA OZA (Primer Apellido)	A JAREZ (Segundo Apellido)	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	5. CURP
02/01/1994	HOMBRE	MEXICO	PELJES640102HMCXRIS04	6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANO(A)?	7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA?	8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	SI - MAME (MAM)
9. NACIONALIDAD	10. EDAD CUMPLIDA	10.1 Foto del CN	10.2 Sem. Gest.	11. SITUACIÓN CONYUGAL	12.1 Tipo de localidad	12.2 Número de la localidad	12.3 Núm. Ext.
MEXICANA - MEXICO	80 AÑOS		10.3 Paso (Gramos)	SOLTERO(A)	COLONIA	56300	56300 Localidad
10. RESIDENCIA HABITUAL	12.1 Tipo de localidad	12.2 Número de la localidad	12.3 Núm. Ext.	12.4 Núm. Int.	12.5 Tipo de Asentamiento	12.6 Nombre del Asentamiento humano	12.7 Código Postal
CALLE	LA ADRA	56300	56300 Localidad	56300 Localidad	12.8 Municipio o alcaldía	MORELIA	MORELIA Localidad
13. ESCOLARIDAD	14. OCUPACIÓN HABITUAL	14.1 Trabajos	15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	15.1 Fecha de afiliación	15.2 Fecha de afiliación	15.3 Fecha de afiliación	15.4 Fecha de afiliación
13.1 Nivel de escolaridad	14.2 Ocupación	14.3 Ocupación	15.1 Fecha de afiliación	15.2 Fecha de afiliación	15.3 Fecha de afiliación	15.4 Fecha de afiliación	15.5 Fecha de afiliación
16. NOMBRE	17. PARENTESCO	18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE	19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	20. TIPO DE DEFUNCIÓN	21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?
PELPE (Nombre(s))	LARA (Primer Apellido)	VARGAS (Segundo Apellido)	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD REGIONAL	19.1 Nombre de la unidad médica	19.2 CLUES	20.1 Tipo de defunción	20.2 Nombre de la defunción
24. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	25. TIPO DE DEFUNCIÓN	26. TIPO DE DEFUNCIÓN	27. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?	28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 A 54 AÑOS	29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTÓ ENCEFALOPATÍA?	30. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	31. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN
24.1 Tipo de defunción	25.1 Tipo de defunción	26.1 Tipo de defunción	27.1 Tipo de defunción	28.1 Tipo de defunción	29.1 Tipo de defunción	30.1 Tipo de defunción	31.1 Tipo de defunción
24.2 Tipo de defunción	25.2 Tipo de defunción	26.2 Tipo de defunción	27.2 Tipo de defunción	28.2 Tipo de defunción	29.2 Tipo de defunción	30.2 Tipo de defunción	31.2 Tipo de defunción
24.3 Tipo de defunción	25.3 Tipo de defunción	26.3 Tipo de defunción	27.3 Tipo de defunción	28.3 Tipo de defunción	29.3 Tipo de defunción	30.3 Tipo de defunción	31.3 Tipo de defunción
24.4 Tipo de defunción	25.4 Tipo de defunción	26.4 Tipo de defunción	27.4 Tipo de defunción	28.4 Tipo de defunción	29.4 Tipo de defunción	30.4 Tipo de defunción	31.4 Tipo de defunción
24.5 Tipo de defunción	25.5 Tipo de defunción	26.5 Tipo de defunción	27.5 Tipo de defunción	28.5 Tipo de defunción	29.5 Tipo de defunción	30.5 Tipo de defunción	31.5 Tipo de defunción
24.6 Tipo de defunción	25.6 Tipo de defunción	26.6 Tipo de defunción	27.6 Tipo de defunción	28.6 Tipo de defunción	29.6 Tipo de defunción	30.6 Tipo de defunción	31.6 Tipo de defunción
24.7 Tipo de defunción	25.7 Tipo de defunción	26.7 Tipo de defunción	27.7 Tipo de defunción	28.7 Tipo de defunción	29.7 Tipo de defunción	30.7 Tipo de defunción	31.7 Tipo de defunción
24.8 Tipo de defunción	25.8 Tipo de defunción	26.8 Tipo de defunción	27.8 Tipo de defunción	28.8 Tipo de defunción	29.8 Tipo de defunción	30.8 Tipo de defunción	31.8 Tipo de defunción
24.9 Tipo de defunción	25.9 Tipo de defunción	26.9 Tipo de defunción	27.9 Tipo de defunción	28.9 Tipo de defunción	29.9 Tipo de defunción	30.9 Tipo de defunción	31.9 Tipo de defunción
24.10 Tipo de defunción	25.10 Tipo de defunción	26.10 Tipo de defunción	27.10 Tipo de defunción	28.10 Tipo de defunción	29.10 Tipo de defunción	30.10 Tipo de defunción	31.10 Tipo de defunción
24.11 Tipo de defunción	25.11 Tipo de defunción	26.11 Tipo de defunción	27.11 Tipo de defunción	28.11 Tipo de defunción	29.11 Tipo de defunción	30.11 Tipo de defunción	31.11 Tipo de defunción
24.12 Tipo de defunción	25.12 Tipo de defunción	26.12 Tipo de defunción	27.12 Tipo de defunción	28.12 Tipo de defunción	29.12 Tipo de defunción	30.12 Tipo de defunción	31.12 Tipo de defunción
24.13 Tipo de defunción	25.13 Tipo de defunción	26.13 Tipo de defunción	27.13 Tipo de defunción	28.13 Tipo de defunción	29.13 Tipo de defunción	30.13 Tipo de defunción	31.13 Tipo de defunción
24.14 Tipo de defunción	25.14 Tipo de defunción	26.14 Tipo de defunción	27.14 Tipo de defunción	28.14 Tipo de defunción	29.14 Tipo de defunción	30.14 Tipo de defunción	31.14 Tipo de defunción
24.15 Tipo de defunción	25.15 Tipo de defunción	26.15 Tipo de defunción	27.15 Tipo de defunción	28.15 Tipo de defunción	29.15 Tipo de defunción	30.15 Tipo de defunción	31.15 Tipo de defunción
24.16 Tipo de defunción	25.16 Tipo de defunción	26.16 Tipo de defunción	27.16 Tipo de defunción	28.16 Tipo de defunción	29.16 Tipo de defunción	30.16 Tipo de defunción	31.16 Tipo de defunción
24.17 Tipo de defunción	25.17 Tipo de defunción	26.17 Tipo de defunción	27.17 Tipo de defunción	28.17 Tipo de defunción	29.17 Tipo de defunción	30.17 Tipo de defunción	31.17 Tipo de defunción
24.18 Tipo de defunción	25.18 Tipo de defunción	26.18 Tipo de defunción	27.18 Tipo de defunción	28.18 Tipo de defunción	29.18 Tipo de defunción	30.18 Tipo de defunción	31.18 Tipo de defunción
24.19 Tipo de defunción	25.19 Tipo de defunción	26.19 Tipo de defunción	27.19 Tipo de defunción	28.19 Tipo de defunción	29.19 Tipo de defunción	30.19 Tipo de defunción	31.19 Tipo de defunción
24.20 Tipo de defunción	25.20 Tipo de defunción	26.20 Tipo de defunción	27.20 Tipo de defunción	28.20 Tipo de defunción			

FIRMA DEL
FAMILIAR



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE DEFUNCIÓN

Folio 24U00005E00000041	Fecha/Hora de ocurrencia de la defunción 26/04/2024 a las 12:00
Nombre de la (del) fallecida/o ESTEBAN PENALOZA JUAREZ	
Fecha de nacimiento 02/01/1964	Entidad de Nacimiento MEXICO
Sexo HOMBRE	Clave Única de Registro de Población PEJE640102HMCXRS04
Nacionalidad MEXICANA	Entidad de defunción SAN LUIS POTOSI

Firma electrónica de la (del) certificante

gR0p8ZyUjRm6b3g2C0ra41ZJF110RQF1zY1JC5Wwy1hzQJ+8uqY1Cz9swt1R3N-X339KJkU1HUAcyUdHFCtBLDkpnvRby2h+Pc0N+5grnD7nAylh4b6KwR6E9K8M69nuUj17RUWY3DQ8Jb3N32yCG5GWNQISG5VPS6J3kuz1GQZnD119v0+Kw1wVefu37+K0h210raVQgM9O+eU04k09LVPQCF9TJasF8ogeOvefr5PQaoRiAgMEKLY7zL++DagDTB5+zfZB35EQT2Nulw4wdeRiNacQtpu2WR0FWN5+ZRI300A==

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

gR2EWZYHEDF7E0ympxaQ9Rk+ePSTXtdgC0p23qvs1Z02P5+oGgDZUR87MR+KYES0hzbllFwguyLEx6cdSLyL8uTYwQs74W0X3u8F0S+MhLXgbyUVufxM49+Gthqg3GdsbdePTEvFWeY0fkg7H8atCTeeDxGX+JUXMj3xi+JN759bKvzTmv0Pmhr2B6vQzg41ag.NaoxwH6Y75BQ1CMOF8aQoX2B044pu2RUKpA7Yz3DvFWOGVdKaDaPbot+4qhb0XfS20rgWWDaEg3TYoQaoQ7r5y+U53oal70d0HOMhKvzfNLY3gm=

Sello electrónico de la Unidad Médica

hZAcslJ0e7Y5QdxyrC0q68+mR+F4H+ewoV1WWgyvD5oTXAM59VbLcoeVUcl7WNhzhCgewATgllhgCPhsdrSeha1BRF2NgyVEYk0YTKKrcngcRhc0k+K03N41qpbm6bawCGMy6fMzv4MD0XCNWQ78Uj2fHguTgDenz0ekmEKQTggZvFTeq38hgQV79YukaeQAVNhPskWnaApEYqQFYfC0Xa5T9R1RulprgkFtgcqFT5+368MzhnW5a0nRk+RUGHRAghoGpJ0LwchaOvghrY1M4BhQ2W8Bp2gm2Hf5AM95+Pbld5ndg47WWhg==

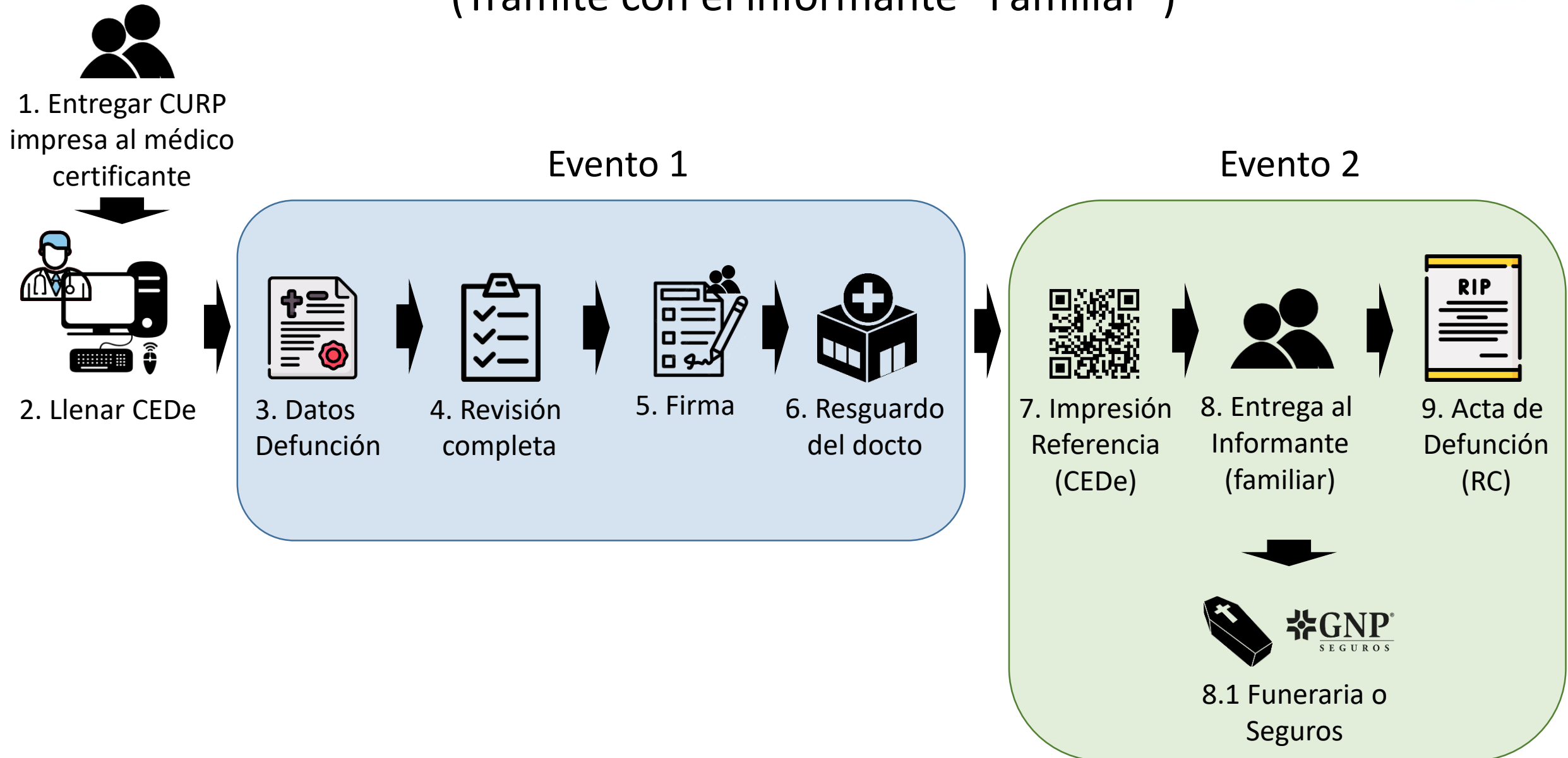


Cadena Original

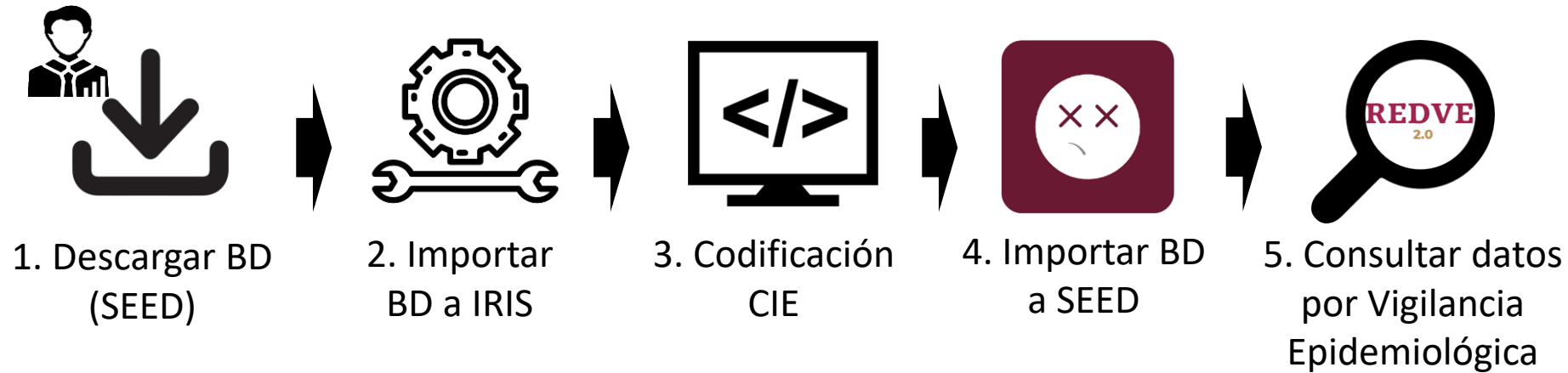
857fc45a-cc4f-4361-ade0-56a6c060e59a|24U00005E00000041|PEJE640102HMCXRS04|ESTEBAN PEÑALOZA JUAREZ|02/01/1964|26/04/2024 12:00|XAIME WEIR ROJO|19/03/2025 13:27:414|

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

6. PROCESO DE LA INFORMACIÓN (Trámite con el informante “Familiar”)



6. PROCESO DE LA INFORMACIÓN (Codificación SEED)



SNAVE

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico

RHOVE

Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica

SUIVE

Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica

SUAVE

Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica

7. REGLAS GENERALES DE APLICACIÓN

DEL CORRECTO LLENADO.-

1. PARA CAPTURAR EL CEDe, EL MÉDICO DEBE HACER UNA REVISIÓN FÍSICA DEL CUERPO DEL FINADO (*PRESENCIAL*).
2. CONTAR CON INFORMACIÓN CLÍNICA DEL FINADO (*EXPEDIENTE O INFORMANTE*).
3. LLENAR EL CEDe EN **UNA SOLA EXHIBICIÓN**, DE ARRIBA HACIA ABAJO Y DE IZQUIERDA A DERECHA (*TABULADOR*).
4. LOS CAMPOS EN COLOR AMARILLO SON **OBLIGATORIOS**.
5. LOS CAMPOS EN COLOR GRIS SE AUTOLLENAN, SIEMPRE Y CUANDO LOS CAMPOS AMARILLOS ESTEN CORRECTOS.
6. **EL CERTIFICADO SE INICIA CAPTURANDO LA “CURP” CORRECTA A 18 POSICIONES DEL FINADO.**
7. PARA FINADOS **SIN CURP** (*EXTRANJEROS*), SE PERMITE LA CAPTURA CON CURP GENÉRICA (*PRESIONANDO LA TECLA F9 DENTRO DEL CAMPO*).
8. PARA FINADOS CON CURP CORRECTA Y QUE NO CUENTEN CON **“SEGUNDO APELLIDO”** SE PERMITE LLENAR EL CAMPO CON DOBLE “X”.
9. PARA FINADOS MENORES DE EDAD Y/O NO REGISTRADOS, NO SE PUEDE GENERAR CEDe; **SIN ANTES SER REGISTRADOS** POR SU FAMILIAR ANTE EL REGISTRO CIVIL (*CONTAR CON CURP*).
10. EL SISTEMA NO PERMITE LA CAPTURA DE MÁS DE UN CEDe CON LA MISMA CURP. (*NIVEL ESTATAL Y FEDERAL*)
11. SE REQUIERE QUE EL MÉDICO QUE CERTIFICA CUENTE CON **EFIRMA VIGENTE**.
12. NO SE PERMITE CERTIFICAR DE **OTRA ENTIDAD FEDERATIVA**.
13. EL APARTADO ACCIDENTE O VIOLENTA **SOLO PUEDE SER CERTIFICADO POR SEMEFO**. (*UNIDAD MÉDICA DEBE NOTIFICAR A MP*)
14. EL **“TELÉFONO DEL CERTIFICANTE”** DEBE SER EL PERSONAL, YA QUE SE REQUIERE TENER EL CONTACTO INMEDIATO.
15. EL CAMPO **“PERSONA DESCONOCIDA”** SOLO PODRÁ SER MARCADO POR MÉDICOS LEGISTAS (*SEMEFO*).
16. EL CAMPO **“CERTIFICADO POR”** DEBE ESPECIFICAR EL MÉDICO QUE REALIZÓ EL CEDe EN CASO DE NO SER EL TRATANTE.
17. UN ERROR AL INGRESAR LA EFIRMA DEL MÉDICO PROVOCA **PERDIDA DEL FOLIO CONSECUTIVO** DE DEFUNCIÓN.
18. **NO USAR ABREVIACIONES EN LAS CAUSAS DE MUERTE (EJEMPLO.- CA, DM, PC, ETC).**

7. REGLAS GENERALES DE APLICACIÓN

DOCUMENTOS RESULTANTES.-

19. AL TERMINAR LA CAPTURA SE DEBE GENERAR EL PDF "**DATOS DE LA DEFUNCIÓN**", FIRMAR EL APARTADO 18 POR EL FAMILIAR Y **CONSERVARLO PARA ARCHIVO DE LA UNIDAD O DEL MÉDICO**. EN CASO DE UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL CUERPO PODRÁ SER MOSTRADO A LA FUNERARIA.
20. EL DOCUMENTO QUE SE ENTREGARÁ AL FAMILIAR ES LA "**REPRESENTACION DEL CEDe**" CON SELLOS ELECTRÓNICOS, CADENAS DE AUTENTICIDAD Y CÓDIGO QR (*TEMA DE SEGURIDAD*).
21. EN CASO DE EXTRAVÍO DE LA "**REPRESENTACIÓN DEL CEDe**", EL FAMILIAR PUEDE SOLICITARLO POR ESCRITO DIRECTAMENTE A LA SSA.
22. ESTE ÚLTIMO DOCUMENTO PERMITE REALIZAR EL TRAMITE DEL **ACTA DE DEFUNCION**.
23. NADIE PUEDE RECHAZAR LA "**REPRESENTACIÓN DEL CEDe**" Y NO LO PUEDEN MODIFICAR Y/O GENERAR NINGÚN OTRO.

INFORMACIÓN ESTADISTICA.-

24. GRACIAS A LA CORRECTA CAPTURA Y CODIFICACIÓN DEL CEDe, LA FEDERACIÓN BRINDA **RECURSOS** AL ESTADO.
25. LAS **CIFRAS DEFINITIVAS DE DEFUNCIÓN** SON PUBLICADAS POR INEGI **11 MESES POSTERIORES** AL AÑO CERRADO.
26. DGIS COMPARTE CIFRAS **PRELIMINARES** DE FORMA **MENSUAL** Y EN **ABRIL** LAS CIFRAS DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR.
27. EPIDEMIOLOGÍA OBTIENE INFORMACIÓN DE LOS CERTIFICADOS A TRAVÉS DEL **REDVE**. (*YA NO DE LOS FORMATOS OFICIALES*)
28. SOLO LOS CERTIFICADOS **CODIFICADOS** **SON CONTABILIZADOS**, **PUBLICADOS** EN CUBOS FEDERALES Y **SUBIDOS** AL REDVE.

8. NOTAS FINALES

1. LAS VARIABLES DEL CEDe ESTÁN ALINEADAS AL FORMATO ANÁLOGO DE DEFUNCIÓN **VERSIÓN 2022**.
2. EL CORRECTO LLENADO DEL CEDe SE RIGE POR LA NORMA **NOM-035-SSA3-2012**, NUMERAL 12.2.
3. SI LOS DATOS DEL FINADO **NO CORRESPONDEN** A SU CURP, EL MÉDICO DEBERÁ INDICAR AL FAMILIAR PARA QUE REALICE LOS AJUSTES PERTINENTES ANTE EL REGISTRO CIVIL.
4. LA VARIABLE “SITUACIÓN CONYUGAL” ES **DIFERENTE** A LA VARIABLE “ESTADO CONYUGAL”; POR LO TANTO, EL TRATAMIENTO DEBE SER DISTINTO PARA LA DGIS Y PARA EL REGISTRO CIVIL. **(EL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONA SÓLO SE COMPRUEBA CON LAS CONSTANCIAS RELATIVAS DEL REGISTRO CIVIL)**.
5. LAS **CANCELACIONES** SOLO PUEDEN REALIZARSE POR EL MÉDICO QUE CERTIFICÓ Y/O POR EL USUARIO ADMINISTRADOR QUE NOMBRÓ LA UNIDAD (DEBE SER MÉDICO CON EFIRMA VIGENTE).
6. LOS CERTIFICADOS EN PAPEL **SOLO** PODRÁN USARSE CUANDO:
 - PASEN MÁS DE 24HRS SIN SISTEMA, SIN LUZ, SIN INTERNET.
 - CUANDO LAS UNIDADES SEAN MUY LEJANAS Y NO CUENTEN CON SERVICIOS NECESARIOS.
7. LA **DOTACIÓN** DE CERTIFICADOS EN PAPEL BAJARÁ APROXIMADAMENTE A UN 2% DE LO HABITUAL.
8. LOS MÉDICOS LEGISTAS Y PARTICULARES PUEDEN CERTIFICAR “**FUERA DE LA UNIDAD MÉDICA**”, SOLO SI SE CUMPLE EL PUNTO 6, DE LO CONTRARIO **DEBERÁN USAR EL CEDe**.
9. EL APARTADO **ACCIDENTAL O VIOLENTA**, SOLO PODRÁ SER USADA POR LA UNIDAD MÉDICA CON AUTORIZACIÓN Y APOYO DEL MP, SI ASÍ SE REQUIERE; DE LO CONTRARIO ES APARTADO EXCLUSIVO DE SEMEFO.
10. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PODRÁ REVISAR LAS ENFERMEDADES/PADECIMIENTOS DE LA POBLACIÓN Y LLEVAR UN CONTROL DE LAS DEFUNCIONES, A TRAVÉS DEL **REDVE** DIRECTAMENTE (YA NO SERÁ NECESARIO HACERLO LOS DOCTOS).
11. EL MAL USO Y/O MAL LLENADO DEL CERTIFICADO, AMERITA SANCIONES POR ESCRITO Y/O **PROHIBICIÓN** DEL USO DE LOS MISMOS, TANTO EL PAPEL COMO EN ELECTRÓNICO.

9. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

MAYO

JUNIO

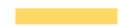
26

Capacitación sobre el uso del sistema CEDe.



27-30

Entrega de oficio a unidades medicas y particulares para asistencia al curso del CEDe.



Creación de material y preparación del curso CEDe.



02

Capacitación del personal.



03-05

Creación de usuarios para acceso al sistema CEDe.



06

Entrega de usuarios.



09

Arranque del uso del sistema CEDe en Aguascalientes.



Responsables:



ESTADISTICA - ISSEA



UNIDADES – MÉDICOS PARTICULARES



DGIS

(*) DGIS informó que las oficialías de RC ya están listos para el arranque.

10. CONTACTO ISSEA

LIC. CARLOS EDUARDO GONZÁLEZ MARMOLEJO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DE ISSEA
EXT. 7211

CARLOS.MARMOLEJO@ISSEA.GOB.MX

TEL. 449-343-6709

<https://sites.google.com/view/cedeags>