

SANTA MARTA D.T.C.H. Noviembre 30 de 2019

CONSEJO ACADEMICO

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

**REF. PROCESO DE READMISIÓN
EXTEMPORANEA.**

JESÚS ALBERTO PAYARES LARA, alumno de esta Universidad en la carrera de Ingeniería Civil, de Octavo Semestre identificado con el código 2015215057. Por medio del presente escrito muy cordialmente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar el REINGRESO para así poder continuar con mis estudios el siguiente semestre, con los siguientes motivos:

- Fallecimiento de mis padres y amparo de mi abuela, la Sra. Nilfa Mamerta Cabarcas Garay identificada con Cc. 33.191.523 Expedida en Playa Alta(Achi) – Bolívar, la cual no cuenta con un sueldo estable debido a su trabajo informal como cocinera.
- La persona antes mencionada, de quien dependo no contó con la facilidad económica de realizar el pago de la matrícula para el periodo 2019-2.
- Además de los gastos que acarrea la matrícula, debo hacer pago de una pensión la cual me brinde estadía, servicios y alimentación.

De lo anterior, solicito la readmisión ya que deseo seguir estudiando para el periodo 2020-1 y culminar mis estudios para poder salir adelante y poder ayudar a mi abuela, por tal motivo agradezco tener una aceptación a la petición de realizar el pago extemporáneo y continuar con el proceso de READMISIÓN.

Agradezco de ante mano la atención prestada y su colaboración a la presente.

Atentamente,

JESÚS ALBERTO PAYARES LARA

CC. 1.053.004.749 De Magangué – Bolívar

Cel. 312 585 6029





REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

| | | | | | | | |
|--|---|----------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|-------|-----|
| INDICATIVO SERIAL NO. | DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION | | | FECHA DE INSCRIPCION | DIA | MES | AÑO |
| | 28088526 BOLIVAR MAGANGUE ----- | | | | 8 | JULIO | 98 |
| INSCRITO | APELLIDOS PAYARES LARA | | NOMBRES JESUS ALBERTO | | SEXO M X F | | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | PAIS COLOMBIA | DEPARTAMENTO BOLIVAR | MUNICIPIO MAGANGUE | FECHA DE NACIMIENTO | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | 16 | MAYO | 98 |
| MADRE | APELLIDOS MARA CABARCAS | | NOMBRES MARITZA DEL SOCORRO | | | | |
| PADRE | APELLIDOS PAYARES ARCIA | | NOMBRES JESUS MARIA | | | | |
| SOLICITANTE DEL CERTIFICADO | APELLIDOS PAYARES ARCIA | | NOMBRES JESUS MARIA | C. C. | 8-049-119 DE CAUCASIA ANT. | | |
| CERTIFICADO EXPEDIDO | DIA | MES | ANIO | SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO Y CON ESA SOLA FINALIDAD. ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970 | | | |
| NOTA: ----- | | | | | | | |
| REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE : MAGANGUE BOLIVAR LUGAR _____ Firma y Sello | | | | | | | |

GUILLERMO MANRIQUE FERNANDEZ
Nombre del Registrador Municipal



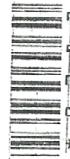
F - 4100 - 018

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

03838650



| |
|---|
| Datos de la oficina de registro |
| Clase de oficina: Registraduría Notaría <input checked="" type="checkbox"/> Consulado Corregimiento Insp. de Policía Código 1 1 5 5 |
| Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía |

COLOMBIA BOLIVAR MAGANGUE

| | |
|--|------------------------------|
| Datos del inscrito | |
| Apellidos y nombres completos LARA CABARCAS MARTIZA DEL SOCORRO | |
| Documento de identificación (Clase y número) C.C. #33.202.141 MAGANGUE BOL. | Sexo (en letras) FEMENINO |

| | |
|---|--|
| Datos de la defunción | |
| Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía MAGANGUE BOLIVAR | |
| Fecha de la defunción Año 2004 Mes 04 Día 25 Hora 10:50 AM Número de certificado de defunción Presunción de muerte No. 41693053 | |
| Juzgado que profiere la sentencia Documento presentado Autorización Judicial | Fecha de la sentencia Año Mes Dia Nombre y cargo del funcionario Dr. ELIAS JOSE HERNANDEZ |
| Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/> | |

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

| | |
|--|--|
| Datos del denunciante | |
| Apellidos y nombres completos AL EXANDER ARIZA CASTRO | |
| Documento de identificación (Clase y número) C.C. #31.813.400 MAGANGUE BOL. | Firma <i>Alvaro Alexander Ariza</i> |
| Primer testigo Documento de identificación (Clase y número) | Apellidos y nombres completos Firma <i>3.813.400 AGO 100</i> |

| | |
|---|-------|
| Segundo testigo | |
| Apellidos y nombres completos Documento de identificación (Clase y número) | Firma |

| | |
|--|--|
| Fecha de inscripción Año 2004 Mes 04 Día 27 | Nombre y firma del funcionario que autoriza <i>ELIAS JOSE HERNANDEZ</i> |
| ESPACIO PARA NOTAS | |

Le presento copia auténtica y del original del Acta de Registro Civil

Declaración que obra en el Tomo _____ Folio _____ Indicativo Serial

3838650 del 27 de Abril de 2009 y reposa en esta
27 AGO 2013





Departamento Administrativo
Nacional de Estadística

REPUBLICA DE COLOMBIA

DOCUMENTO DE ENMIENDA DEL
CERTIFICADO DE DEFUNCION



MINISTERIO DE SALUD

Certificado No. 13411746

Documento No.

| INFORMACION GENERAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) TIPO DE DEFUNCION | (2) FECHA DE DEFUNCION | (3) LUGAR DE DEFUNCION | | | |
| Muerte fetal | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> No. 103 Año 03 Mes 05 Dia 18 | Departamento BOLIVAR Municipio MANGAÑUELO Inspección, corregimiento o caserío | | | |
| (4) APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO | | | (5) DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | | |
| PAYARES ARCIA JESUS MARIA | | | TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> NIP <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> No. 8049119 | | |
| INFORMACION OBJETO DE ENMIENDA ESTADISTICA | | | | | |
| (6) HORA DE DEFUNCION | (7) SEXO | (8) EDAD | | | |
| Hora 10 AM PM <input checked="" type="checkbox"/> Minutos 30 Sin establecer | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> | Menor de un dia (horas) <input type="checkbox"/> Menor de 2 años (meses) <input type="checkbox"/> De 2 o más años (años cumplidos) 31 | Menor de un mes (dias) <input type="checkbox"/> Menor de 231 (01 - 231) | Menor de un año (meses) <input type="checkbox"/> Menor de 231 (01 - 231) | Menor de un año (meses) <input type="checkbox"/> Menor de 231 (01 - 231) |
| (9) PROBARBLE MANERA DE MUERTE | | | (10) COMO OCURRIÓ EL HECHO (Si herido (herido de armas); atropellado (clase de vehículo); otros herido, etc.) | | |
| Natural <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> | Homicidio <input checked="" type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> | HOMICIDIO CON ARMA DE FUEGO. | | | |
| (11) CAUSAS (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d) (CONSIGNE UNA CAUSA POR LINEA) | | | Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte | | |
| a) CAUSA DIRECTA: <input type="checkbox"/> Mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. b) CAUSAS ANTECEDENTES: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en: a) mencionándose en el ultimo lugar b) la causa básica o fundamental | | | a) Debe a: <u>LACRACIÓN CRANEOENCEFÁLICA</u> b) Debe a: <u>POR PROYECTIL ARMA DE FUEGO</u> c) Debe a: <u>X X X X</u> d) Debe a: <u>X X X X</u> | | |
| OTROS ESTADOS PATOLOGICOS IMPORTANTES | | | Causa básica | | |
| Que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo | | | <u>X X L X</u> | | |
| NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (en letra de imprenta) | | | | | |
| <u>ARGEMIRO PAYARES GARCIA</u> <u>1010101643 416878863</u> | | | | | |
| Nombre(s) y apellido(s) completo(s) | | | | | |
| Número y No. de la tarjeta profesional si aplica | | | | | |
| <u>2000-6</u> | | | | | |
| RAZON POR LA CUAL SE REALIZA LA ENMIENDA | | | | | |
| <u>PARA CORREGIR</u> <u>EL ESTADO CIVIL YA QUE NO ES UNIÓN</u> <u>LIBRE SIN SOCIEDAD</u> | | | | | |
| <u>Bogotá 2000-6</u> | | | | | |

