

CERTIFICADO DE DEFUNCION EV-14

SECCIÓN I: IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO(A)

PRIMER APELLIDO Mendoza		2. SEGUNDO APELLIDO Rivero		3. PRIMER NOMBRE Manuel		4. SEGUNDO NOMBRE Mariq	
1. CÉDULA DE IDENTIDAD / Nº DE PASAPORTE / OTROS 8.063.178		6. SEXO <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		7. FECHA DE NACIMIENTO 22 11 1953		8. HORA 12:30	
9. LUGAR DE NACIMIENTO Jara		10. LUGAR DE NACIMIENTO <input checked="" type="radio"/> En Venezuela: Entidad Federal <input type="radio"/> En el Exterior: País		11. PERTENENCIA A ALGUNA ÉTNICA O PUEBLO INDÍGENA <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		12. TIPO DE ASISTENCIA MÉDICA <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	
13. TIPO DONDE OCURRIÓ LA MUERTE <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6		14. ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		15. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		16. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	
17. DIRECCIÓN Barrio Bolivariano Calle Principal Casa 5/N Frente a la Casa Comunal		18. DIRECCIÓN Barrio Bolivariano Calle Principal Casa 5/N Frente a la Casa Comunal		19. DIRECCIÓN Barrio Bolivariano Calle Principal Casa 5/N Frente a la Casa Comunal		20. DIRECCIÓN Barrio Bolivariano Calle Principal Casa 5/N Frente a la Casa Comunal	

SECCIÓN II: MENORES DE UN AÑO O MUERTE FETAL (Llene para la Defunción Tipo 1 y 2)

18. EDAD		19. DURACIÓN DEL EMBARAZO (En Semanas de Gestación)		20. TIPO DE EMBARAZO	
1 <input type="radio"/> Horas 2 <input type="radio"/> Días 3 <input type="radio"/> Meses ¿Cuántos? _____				1 <input type="radio"/> Único 2 <input type="radio"/> Múltiple → ¿Cuántos? _____	
21. TIPO DE PARTO		22. ASISTENCIA DEL PARTO		23. MUERTE EN RELACIÓN AL PARTO	
1 <input type="radio"/> Vaginal 2 <input type="radio"/> Cesárea 3 <input type="radio"/> Instrumental		1 <input type="radio"/> 1ª Vez (1º) 2 <input type="radio"/> Con anterioridad 3 <input type="radio"/> Otros → Especifique _____		1 <input type="radio"/> Ajena 3 <input type="radio"/> Indapam 2 <input type="radio"/> Materna 4 <input type="radio"/> Ignorado	
				24. PESO DEL FETO RECÉN NACIDO (En Gramos)	

DATOS DE LA MADRE

15. PRIMER APELLIDO		16. SEGUNDO APELLIDO		17. PRIMER NOMBRE		18. SEGUNDO NOMBRE	
19. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS <input type="radio"/> V <input type="radio"/> E <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO		20. EDAD		21. NÚMERO DE HUE TENEDOR 1. <input type="radio"/> Inicial 2. <input type="radio"/> Actualizado 3. <input type="radio"/> No actualizado 4. <input type="radio"/> No tiene		22. SITUACIÓN CONYUGAL 1. <input type="radio"/> Soltero 2. <input type="radio"/> Desparejado 3. <input type="radio"/> Unido 4. <input type="radio"/> Casado 5. <input type="radio"/> Viudo 6. <input type="radio"/> Reglada	
23. NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Básica <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Tercer grado		24. PROFESIÓN <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Sembradora <input type="radio"/> Trabajadora		25. OCUPACIÓN <input type="radio"/> No tiene <input type="radio"/> Tiene		26. SÍ, SABE LEER Y ESCRIBIR <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
27. LUGAR RESIDENCIA HABITUAL MUNICIPIO: _____ ESTADO FEDERAL: _____		28. PAISAJE <input type="radio"/> Urbano <input type="radio"/> Rural		29. TIPO DE VIVIENDA <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada		30. TIPO DE EMPLEO <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada	
31. DIRECCIÓN Calle: _____ No. _____		32. TELÉFONO () _____		33. FECHA DE ENTREVISTA _____		34. FIRMA DEL ENTREVISTADOR _____	

SECCIÓN III: 1 AÑO O MÁS (Llene para la Defunción Tipo 3)

3. EDADES		40. NUMERO DE MUJES TENIDAS		41. SITUACION CONYUGAL		42. ANOS (1981) C. INGRESOS	
62		Nada		1 <input type="radio"/> Soltero 3 <input type="radio"/> Divorciado 5 <input type="radio"/> Viudo		1 <input type="radio"/> No 2 <input type="radio"/> Si	
43. NIVEL EDUCATIVO		44. PROFESION		45. OCUPACION		46. LUGAR RESIDENCIA ACTUAL	
1 <input type="radio"/> Ninguno 3 <input type="radio"/> Primaria 5 <input type="radio"/> Superior		Ninguna		Operador De Maquinas.		Portuguesa	
2 <input type="radio"/> Secundaria 4 <input type="radio"/> Media, Diversificada y Profesional 6 <input type="radio"/> Ignorado		35. OCUPACION		PARRANDA		LOCALIDAD / COMUNIDAD	
3 <input type="radio"/> Tercera 4 <input type="radio"/> Superior 6 <input type="radio"/> Ignorado		36. OCUPACION		Guanare		Guanare	
47. DIRECCION		48. LUGAR RESIDENCIA ACTUAL		49. LUGAR RESIDENCIA ACTUAL		50. LUGAR RESIDENCIA ACTUAL	
Banco Bolivariano Calle Principal casa sin frente a la Casa Comunal		Portuguesa		Guanare		Guanare	

SECCIÓN IV: MUERTE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

16. PRESENCIA DE EMBARRAS: 1 ☐ Al momento de la muerte 2 ☐ En los últimos 12 meses 3 ☐ No 4 ☐ Ignorado

SECCIÓN V: MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA

2. TIPO DE MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA		3. FECHA DEL HECHO VIOLENTO		51. HORA	52. SITIO DEL HECHO VIOLENTO
<input type="radio"/> Accidental	<input type="radio"/> Agresión	<input type="radio"/> Ignorado	Día _____ Mes _____ Año _____	<input type="radio"/> AM	1. <input type="radio"/> Vivienda 3. <input type="radio"/> Sitio de Trabajo
<input type="radio"/> Autoatropello intencional	<input type="radio"/> Estado Forense			<input type="radio"/> PM	2. <input type="radio"/> Via Pública 4. <input type="radio"/> Otro Especifique: _____
3. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SUCESO					

SECCIÓN VI: CERTIFICACIÓN MÉDICA

<p>4. CAUSA DE LA MUERTE (Asiente una en cada línea) (En caso de muerte letal o de menores de 7 años, informe también las causas maternas directas o indirectas en el y de:</p> <p>Causa Directa Enfermedad o Estado Patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causa Antecedente Enfermedad o morbosidad o lesión alguno, que produjeron la causa congresada más mencionándose en último lugar la causa básica.</p>	<p>55. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE ENFERMEDAD Y MUERTE</p>	<p>56. CÓDIGO</p>
<p>Período de la disnea respiratoria</p> <p>Insulto Agudo del Miocardio fulminante</p> <p>Diabete Mellitus tipo II</p>		

OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYEN A LA MUERTE (PERCUTIR) RELACIONADOS CON LA FIBROSIS (11) ESTABLECIERON QUE LA PRODUCCIÓN

17. DIAGNOSTICO CONFIRMADO POR

1. ☐ Autopsia \longrightarrow ☒ En proceso

2. ☐ Examen del cadáver

3. ☐ Examen de Laboratorio

4. ☐ Historia Clínica

5. ☐ Interrogatorio (familiar o testigo)

6. ☐ Otro _____ (Especifique)

58. MEDICO FIRMANTE

1. ☐ Trauma

2. ☐ Furens

3. ☐ Médico de Guardia

4. ☐ Otro _____ (Especifique)

SECCION VII: RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN

1. TIPO DE CERTIFICACIÓN <input checked="" type="radio"/> MEDICA <input type="radio"/> NO MEDICA		60. APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO RESPONSABLE Mildrey Guerrero Portillo		61. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS <input checked="" type="radio"/> V <input type="radio"/> O <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO 16825543	
3. DIRECCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN O INSTITUCIÓN DONDE PRESTA SERVICIO Hospital Universitario Dr. Miguel Ored			64. TELÉFONO DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN 0412-7954493		
5. CARGO DEL RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN NO MÉDICA			65. EN CASO DE CERTIFICACIÓN NO MÉDICA		

Dr. Mildrey Guerrero Portillo
 Médico Jefe de
 0. 16.825.563
 FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

SECCIÓN VIII: DATOS DEL REGISTRO CIVIL

17. LUGAR DE REGISTRO: Portuguesa MUNICIPIO: Guamare PARROQUIA: Guamare LOCALIDAD: Guamare
 ENTIDAD FEDERATIVA: Portuguesa
 18. DESTINO DEL CADÁVER: ☐ Información ☒ Clínica ☐ Quirúrgica ☐ Drogación
 19. ACTA DE DEFUNCIÓN: 03 206 03 704 28 6 16
 20. Sexo: 03 N. de Edad: 206 N. de Edad: 03 N. de Edad: 704 N. de Edad: 28 N. de Edad: 6 N. de Edad: 16
 21. CÉDULA DE IDENTIDAD: 03 N. de Edad: 206 N. de Edad: 03 N. de Edad: 704 N. de Edad: 28 N. de Edad: 6 N. de Edad: 16

Tac 2867
Servicios

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
GUANARE ESTADO PORTUGUESA
GOBERNACION DEL ESTADO

Guanare; 28-05-2016

Ciudadano:

Reinaldo Castalleda

Gobernador del Estado Portuguesa

Ante que Todo, reciba un Cordial Saludo Revolucionario Bolivariano y Patriota, me dirijo hacia usted por medio de la presente, para solicitar de sus buenos oficios, con una ayuda económica para pagar gastos funerarios los cuales haciende 260.000 BsF ya que somos una familia de bajos recursos ya que el día (27) de Junio de ayer falleció mi padre y no contamos los recursos económicos para pagar los servicios funerarios.

Nota: El servicio de la Funeraria La Marquesa nos financio y quedamos de acuerdo en cancelarlo en los 48 Horas. Posterior al sepelio

Sin más nada que decir y en espera de su mayor colaboración,de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria quedo de usted.

Atentamente;

Wilfredo Mendoza

CI: 14.996.644

26-1095111 / 0426-1544272

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEBULA DE IDENTIDAD

V 14.996.644 MM719

APELLIDOS MENDOZA SANCHEZ
NOMBRES WILFREDO RAMON

13-07-80 SOLTERO
15-01-13 01-2023

VENEZOLANO

Fabricio Pérez
Director



Guillermo Antonio Contreras

FUNERARIA

"LA MARQUESA"

Barrio Progreso Sector 3 Calle Principal frente Miniabasto Progreso
Telf: (0257) 2512154 - Guanare - Estado Portuguesa

FECHA DE EMISION	DIA	MES	AÑO
Guanare	27	06	2016

RIF: V-03835642-5

FACTURA Nº 1793

NOMBRE Y APELLIDO O RAZON SOCIAL: Mendoza Sanchez Wilfredo
DOMICILIO FISCAL: Barrio la America calle No 5 Case No 40-00
Nº RIF: V-14996644 TELF: 04261095111 Condiciones de Pago: ☐ CONTADO ☐ CREDITO

CANT.	DESCRIPCION	(E)	PRECIO UNIT.	MONTO
1	Urnas		97 000	97 000
80	Sillas		5 -	4 000
1	Coche Fúnebre		800	8 000
1	Capilla		1000	1 000
1	Catafalco		1000	1 000
	Cuñas por Radio			
	Oficios Religiosos			
	Arreglos de Documentos			
2	Candelabros		1000	2000
1	Carros Libres		6000	6000
	Fosa de Cemento			
1	Alfombras		1000	1000
1	Traslado al Cementerio		2000	2000
1	Vestuario Y Preparada		10.000	10000

DOCUMENTO SIN ENMIENDA NI TACHADURAS

CONTROL
Nº 00 - 000293

Funeraria La Marquesa

RIF: V-03835642-5

Firma Gerente

FACTURA DEL 1751 AL 2000

ORIGINAL

Impreso por: Lit. y Tip. "MONCA" Carrera 5ta entre Calles 10 y 11 Tlf: 0257-2516827
RIF: J-30456018-4 / Nro. PROVIDENCIA: SENIAT/03/00691 de fecha 03/04/08

REGION CENTRO
OCCIDENTAL

DOCUMENTOS EMITIDOS	Nº de Control	DIA	MES	AÑO
250 O/C	Desde el N° 00-000251 Hasta el N° 00-000500	2	6	0

Base Imponible Bs. 132.000 =

Otros Bs.

Ajustes Bs.

Total Exento Bs.

Total Exonerado Bs.

IVA 12 % 15840 =

TOTAL A PAGAR Bs. 147.840 =