

CERTIFICADO MÉDICO

En la sala específicamente acondicionada de "INHUMACIONES ABC, S.A. DE C.V." de esta ciudad, verificando al efecto inyección de líquidos conservadores por vía arterial y venosa y tratamiento de cavidades torácico y abdominal, procedimiento que se considera aceptado para la conservación y traslado de dicho cadáver a:

TRASLADO DE CUERPO VÍA AÉREA DE LA CIUDAD DE CULIACÁN, SINALOA CON DESTINO A LA CIUDAD DE MEXICO, PROSEGUIR VIA AÉREA A OAXACA Y CONCLUIR VÍA TERRESTRE A SANTA CRUZ XITLA OAXACA.

Se extiende la presente en la ciudad de Culiacán, Sinaloa el día:

09 de abril de 2021



ING. ESAÚ JOHNADAB ESPINOZA SÁNCHEZ
JEFE DEL DEPTO. DE REGULACIÓN DE SERVICIOS
E INSUMOS PARA LA SALUD DE COEPRISS



SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DE SINALOA
DEPARTAMENTO DE REGULACION DE SERVICIOS E INSUMOS PARA LA SALUD



ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO	PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS
SSA-06-005	<p>MODALIDAD DEL TRAMITE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A DISPOSICIÓN DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS (INTERNAZÓN O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL).</p> <p><input type="checkbox"/> B X TRASLADO DE CADAVERES</p> <p><input type="checkbox"/> C INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> D EXHUMACION PREMATURA</p> <p><input type="checkbox"/> E EXHUMACION</p> <p><input type="checkbox"/> F INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DESCESO</p>

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA INHUMACIONES ABC, S.A DE C.V.		R.F.C.	IAB-081111ID6
LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA BLVD EMILIANO ZAPATA	NUMERO O LETRA INTERIOR 145 PTE	COLONIA O LOCALIDAD COL. GUADALUPE	No. DE LICENCIA SANITARIA
CODIGO POSTAL 80220	DELEGACIÓN POLITICA O MUNICIPIO CULIACAN	ENTIDAD FEDERATIVA SINALOA	TELÉFONOS (S)

2.- DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

LLENENSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA	R.F.C.		
LLENENSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA	NUMERO O LETRA INTERIOR	COLONIA O LOCALIDAD	No. DE LICENCIA SANITARIA
CODIGO POSTAL	DELEGACIÓN POLITICA O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TELÉFONOS (S)

3.: DISPOSICIÓN DE CADAVERES HUMANOS

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACION
A.	PROCEDENCIA LUGAR DE DESTINO	
B. TRASLADO DE CADAVERES TRASLADO DE CUERPO VÍA AÉREA DE LA CIUDAD DE CULIACÁN, SINALOA.	LUGAR DE DESTINO CIUDAD DE MEXICO PROSEGUIR VIA AÉREA A OAXACA Y VIA TERRESTRE A SANTA CRUZ XITLA	EMBALSAMADO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	PROCEDENCIA O DESTINO	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D. EXHUMACIÓN PREMATURA	LUGAR DE INHUMACIÓN	MOTIVOS DE LA EXHUMACIÓN DESTINO FINAL DE LOS RESTOS
E. EXHUMACIÓN	LUGAR DE DESTINO	
F. INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HORAS O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DIFECO	LUGAR DONDE SE REALIZARÁ	EMBALSAMADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

4.- DATOS DEL FINADO

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		EDAD
PABLO JESUS SANTOS		21
SEXO	FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION	CAUSA DE LA DEFUNCION
MASCULINO	08 DE ABRIL DE 2021 13:00 HRS	ASFIXIA POR INMERSION EN MEDIO LIQUIDO

5. DATOS DEL SOLICITANTE

J. DATOS DEL SOLICITANTE NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO RAYMUNDO PERFECTO SANTOS GARCIA		PARENTESCO	FIRMA
DOMICILIO C. MORELOS #29, SANTA CRUZ DE XITLA C.P. 70823, SANTA CRUZ XITLA, OAXACA.			

EL FORMATO SE PRESENTA EN ORIGINAL. EN CASO QUE EL INTERESADO REQUIERA COPIA, DEBERÁ ANEXARLA A PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.



6. RESOLUCIÓN

6. RESOLUCIÓN  PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SSS	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO, QUE OTORGА LA AUTORIZACIÓN
 ING. ESAU JOHNADAB ESPINOZA SÁNCHEZ JEFE DEL DEPTO. DE REGULACIÓN DE SERVICIOS E INSUMOS PARA LA SALUD	

7. DOCUMENTOS ANEXOS

<p>A.- PARA LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS.</p> <p>INTERNACION AL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS</p> <p><input type="checkbox"/> Original de la certificación de un médico con título legalmente expedido, de las circunstancias previas al fallecimiento de la persona de cuyo cadáver se hubieren extraído los órganos, tejidos y sus componentes y células que se pretenden internar.</p> <p><input type="checkbox"/> Original de la documentación constitutiva de la institución que realice la internación.</p> <p>DEL ESTABLECIMIENTO EN EL EXTRANJERO</p> <p><input type="checkbox"/> Documento que acredite el funcionamiento legal del establecimiento que otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorización del gobierno para la salida de órganos, tejidos y sus componentes y células del país.</p> <p><input type="checkbox"/> Constancia de que el establecimiento otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células a título gratuito.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificación de que los órganos, tejidos y sus componentes y células, están exentos de cualquier patología.</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación sobre la vía de entrada al territorio nacional.</p> <p>SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS.</p> <p><input type="checkbox"/> Original de la certificación de un médico con título legalmente expedido, de las circunstancias previas al fallecimiento de la persona de cuyo cadáver se hubieren extraído los órganos, tejidos y sus componentes y células.</p> <p><input type="checkbox"/> Original de la documentación constitutiva de la institución que realice la salida del país.</p> <p>DEL ESTABLECIMIENTO EN EL PAIS.</p> <p><input type="checkbox"/> Documento que acredite el funcionamiento legal del establecimiento que otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células.</p> <p><input type="checkbox"/> Constancia de que el establecimiento otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células a título gratuito.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificación de que los órganos, tejidos y sus componentes y células, están exentos de cualquier patología.</p> <p><input type="checkbox"/> Documentación sobre la vía de salida del territorio nacional.</p> <p>B.- PARA EL TRASLADO DE CADAVERES</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado y acta de defunción.</p> <p>Comprobante de la tesis de embalsamamiento, en caso de que la distancia por recorrer sea mayor a 300 kms. o transcurran más de 48 horas, a partir del momento de la defunción.</p> <p><input type="checkbox"/> Carta poder del particular a la funeraria, asentando en ésta la vía de traslado aérea, terrestre o marítima a utilizar.</p> <p>EMBALSAMAMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitud escrita de algún disponente secundario, representante legal o quien demuestre interés jurídico, señalando la causa de la muerte.</p> <p>Original y copia del certificado de defunción.</p> <p>Original y copia de la documentación que acredite la legitimación del solicitante y de los motivos de la solicitud. (credencial de elector o pasaporte vigente).</p>	<p>C. PARA EL INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL.</p> <p>INTERNAMIENTO DE CADAVERES</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado y acta de defunción, traducidos al español y certificados por las autoridades consulares mexicanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Comprobante de embalsamamiento, traducido al español y certificado por las autoridades consulares mexicanas, en el país donde ocurrió el deceso.</p> <p><input type="checkbox"/> Permiso del traslado internacional otorgado por la autoridad sanitaria del país donde haya ocurrido el fallecimiento, traducido al español y certificado por las autoridades consulares mexicanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Original de la carta poder del particular a la agencia funeraria que efectúa el traslado, asentando la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).</p> <p>INTERNAMIENTO DE RESTOS ARIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Comprobante de inhumación.</p> <p>Información sobre la vía aérea, marítima o terrestre que se utilizará.</p> <p>Especificación del destino de los restos.</p> <p>SALIDA DE CADAVERES</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado o acta de defunción.</p> <p>Comprobante de la tesis de embalsamamiento.</p> <p>Original de la carta poder del particular a la agencia funeraria que efectúa el traslado, asentando en esta la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).</p> <p>SALIDA DE RESTOS ARIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Comprobante de inhumación.</p> <p>Comprobante de exhumación como residuos cumplidos.</p> <p>Información sobre la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).</p> <p><input type="checkbox"/> Especificación del destino final de los restos.</p> <p>D.- PARA LA EXHUMACION PREMATURA</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado o acta de defunción.</p> <p>Comprobante de inhumación.</p> <p>Orden girada por Ministerio Público o autoridad judicial, para la exhumación prematura.</p> <p>E.- PARA LA EXHUMACION</p> <p><input type="checkbox"/> Comprobante de inhumación.</p> <p>Original de la carta Poder del particular hacia la agencia funeraria, asentando en ésta la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).</p> <p><input type="checkbox"/> Identificación del solicitante (credencial de elector o pasaporte).</p> <p>Especificación del destino final de los restos.</p> <p>F.- PARA LA INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HRS. O DESPUES DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado o acta de defunción.</p> <p>Comprobante de la tesis del embalsamamiento, cuando se realice la inhumación o incineración después de las 48 horas de haber ocurrido el fallecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Acta de no inconveniente de la Procuraduría General de Justicia del Distrito federal o su equivalente en el resto de las entidades.</p> <p>En caso de existir investigación judicial relacionada con la causa de la defunción:</p> <p><input type="checkbox"/> Acta médica del servicio forense.</p> <p>Oficio de identificación de la autoridad Judicial competente si se trata de un cadáver no identificado.</p>
---	---



C. I. : CLN/UETC/002783/2021/CI

Oficio: 003678/2021

Asunto: Se autoriza Inhumacion
Culiacán , Sinaloa a 08 De Abril De 2021.

**C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
P R E S E N T E.-**

Por medio del presente oficio y con fundamento en el artículo 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 76 de la constitución política local, informo a usted que por parte de ésta Autoridad no existe inconveniente alguno para que se proceda a la inhumación del cadáver de quien en vida respondiera al nombre **PABLO JESUS SANTOS**, mismo que fuera visto por personal de ésta Unidad de Investigación, toda vez que la oficina de mi adscripción practicó las diligencias necesarias.

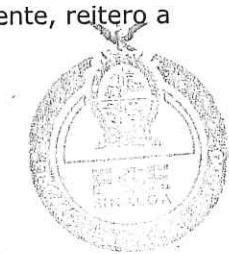
Asimismo, informo que no existe ningún inconveniente por parte de ésta Autoridad de que se realice la Inhumación de la misma; No omito además solicitar a Usted, realice el correspondiente registro del acta de defunción del occiso anteriormente señalado en párrafos anteriores.

Agradeciendo las atenciones que le faciliten al portador del presente, reitero a Usted mi más atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

LIC. JUAN CARLOS CARREON GUERRERO

Agente del Ministerio Público del Fuero Común Adscrito a la Unidad de lo Penal Especializada en delitos de Trámítacion Común.



DIRECCIÓN GENERAL
DE INVESTIGACIÓN
PERICIAL



C. I. : CLN/UETC/002783/2021/CI

Oficio: 003677/2021

Asunto: Entrega de Cadáver
Culiacán , Sinaloa a 08 De Abril De 2021.

**C. DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES
CULIACAN SINALOA.**

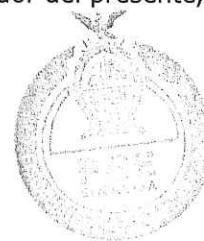
Presente.-

Por medio del presente oficio y con fundamento en el artículo 21 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, solicito a Usted se sirva hacer entrega material del cadáver de quien vida llevara por nombre **PABLO JESUS SANTOS**, a los **CC. RAYMUNDO PERFECTO SANTOS GARCIA Y FELIPE SANTIAGO LOPEZ VASQUEZ**, mismo que se encuentra expuesto en el Servicio Médico Forense de esa Dirección a su cargo, toda vez que esta unidad de lo penal, practicó las diligencias necesarias.

Agradeciendo las atenciones que le faciliten al portador del presente, reitero a Usted mi más atenta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE

LIC JUAN CARLOS CARREON GUERRERO.
Agente del Ministerio Público Titular adscrito
a la Unidad de lo Penal de Tramitación Común



UNIDAD DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LO PENAL
DE TRAMITACIÓN COMÚN
REGIÓN CENTRO.



DIRECCIÓN GENERAL
DE INVESTIGACIÓN
PERICIAL



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210865712

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A 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

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Pablo Jesú		Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO	10 / 12 / 1999	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP	SAXP991210HCONXB00		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Oaxaca	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos
10. RESIDENCIA HABITUAL	Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.6 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano		
10.7 Código Postal	Costa Rica	10.8 Localidad	Colima		
10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	Sinaloa			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Jornalero
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Frontal al campo Acapulco	Carretera La 20 altura canal Santa martha	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Colima	15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal	Costa Rica	15.8 Localidad	Sinaloa	15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	03 / 04 / 2021	15.00	15.9 Municipio o Alcaldía	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Dia Mes Año Horas Minutos				Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	<p>a) Asfixia por inmersión en medio líquido Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) _____</p>				
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE AL
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica-ú obra) <input type="radio"/> Área deportiva (rancho o parcela) <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> SINALOA
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad				
Frontal al campo Acapulco	22.7.2 Nombre de la vialidad				
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
Costa Rica	Colima	Colima	Sinaloa		