

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 JOHNDAB ESPINOZA SÁNCHEZ
JEFE DEL DEPTO. DE REGULACIÓN DE SERVICIOS
E INSUMOS PARA LA SALUD DE COEPRISS

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

SSA-06-005	PERMISOS RELACIONADOS CON LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES, CELULAS Y CADAVERES HUMANOS		
MODALIDAD DEL TRAMITE			
<input type="checkbox"/> A DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS (INTERNACION O SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL).	<input checked="" type="checkbox"/> BX TRASLADO DE CADAVERES	<input type="checkbox"/> C INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL	
<input type="checkbox"/> D EXHUMACION PREMATURA	<input type="checkbox"/> E EXHUMACION	<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	

LLENASE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

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

2. DATOS DEL RESPONSABLE SANITARIO

LLENASE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA		R.F.C.	
LLENASE 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. DISPOSICION DE CADAVERES HUMANOS

MODALIDAD SOLICITADA	PROCEDENCIA / DESTINO	ESPECIFICACION
A.	PROCEDENCIA	
	LUGAR DE DESTINO	
B. TRASLADO DE CADAVERES	LUGAR DE DESTINO	EMBALSAMADO
TRASLADO DE CUERPO VÍA AÉREA DE LA CIUDAD DE CULIACÁN, SINALOA.	CIUDAD DE MEXICO PROSEGUIR VIA AÉREA A OAXACA Y VIA TERRESTRE A SANTA CRUZ XITLA OAXACA.	<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 Y 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 DESCESO	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 DEFUNCIÓN	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN
MASCULINO	08 DE ABRIL DE 2021 13:00 HRS	ASFIXIA POR INMERSION EN MEDIO LIQUIDO

5. DATOS DEL SOLICITANTE

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

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO (EXCLUSIVAMENTE PARA LA MODALIDAD DEL TRAMITE "A" INTERNACION O SALIDA)
CULIACÁN, SINALOA A 08 DE ABRIL DE 2021	

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

6. RESOLUCION

PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SSS	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO, QUE OTORGA LA AUTORIZACION
coepriss Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios de Sinaloa	ING. ESAU JOHNDAB ESPINOZA SÁNCHEZ JEFE DEL DEPTO. DE REGULACIÓN DE SERVICIOS E INSUMOS PARA LA SALUD

7. DOCUMENTOS ANEXOS

A. PARA LA DISPOSICION DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS.

INTERNACION AL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS

- ☐ 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.
- ☐ Original de la documentación constitutiva de la institución que realice la internación.

DEL ESTABLECIMIENTO EN EL EXTRANJERO

- ☐ Documento que acredite el funcionamiento legal del establecimiento que otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células.
- ☐ Autorización del gobierno para la salida de órganos, tejidos y sus componentes y células del país.
- ☐ Constancia de que el establecimiento otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células a título gratuito.
- ☐ Certificación de que los órganos, tejidos y sus componentes y células, están exentos de cualquier patología.
- ☐ Documentación sobre la vía de entrada al territorio nacional.

SALIDA DEL TERRITORIO NACIONAL DE ORGANOS, TEJIDOS Y SUS COMPONENTES Y CELULAS.

- ☐ 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.
- ☐ Original de la documentación constitutiva de la institución que realice la salida del país.

DEL ESTABLECIMIENTO EN EL PAIS.

- ☐ Documento que acredite el funcionamiento legal del establecimiento que otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células.
- ☐ Constancia de que el establecimiento otorga los órganos, tejidos y sus componentes y células a título gratuito.
- ☐ Certificación de que los órganos, tejidos y sus componentes y células, están exentos de cualquier patología.
- ☐ Documentación sobre la vía de salida del territorio nacional.

B.- PARA EL TRASLADO DE CADAVERES

- ☐ Certificado y acta de defunción.
- ☐ 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.
- ☐ Carta poder del particular a la funeraria, asentando en ésta la vía de traslado aérea, terrestre o marítima a utilizar.

EMBALSAMAMIENTO

- ☐ Solicitud escrita de algún disponente secundario, representante legal o quién demuestre interés jurídico, señalando la causa de la Original y copia del certificado de defunción.
- ☐ 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).

C. PARA EL INTERNAMIENTO O SALIDA DE CADAVERES Y RESTOS ARIDOS DEL TERRITORIO NACIONAL.

INTERNAMIENTO DE CADAVERES

- ☐ Certificado y acta de defunción, traducidos al español y certificados por las autoridades consulares mexicanas.
- ☐ Comprobante de embalsamamiento, traducido al español y certificado por las autoridades consulares mexicanas, en el país donde ocurrió el deceso.
- ☐ 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.
- ☐ 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).

INTERNAMIENTO DE RESTOS ARIDOS

- ☐ Comprobante de inhumación.
- ☐ Información sobre la vía aérea, marítima o terrestre que se utilizará.
- ☐ Especificación del destino de los restos.

SALIDA DE CADAVERES

- ☐ Certificado o acta de defunción.
- ☐ Comprobante de la tesis de embalsamamiento.
- ☐ 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).

SALIDA DE RESTOS ARIDOS

- ☐ Comprobante de inhumación.
- ☐ Comprobante de exhumación como residuos cumplidos.
- ☐ Información sobre la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).
- ☐ Especificación del destino final de los restos.

D.- PARA LA EXHUMACION PREMATURA

- ☐ Certificado o acta de defunción.
- ☐ Comprobante de inhumación.
- ☐ Orden girada por Ministerio Público o autoridad judicial, para la exhumación prematura.

E.- PARA LA EXHUMACION

- ☐ Comprobante de inhumación.
- ☐ Original de la carta Poder del particular hacia la agencia funeraria, asentando en ésta la vía de traslado (aérea, marítima o terrestre a utilizar).
- ☐ Identificación del solicitante (credencial de elector o pasaporte).
- ☐ Especificación del destino final de los restos.

F.- PARA LA INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES SI SE EFECTUA ANTES DE 12 HRS. O DESPUES DE 48 DE OCURRIDO EL DECESO.

- ☐ Certificado o acta de defunción.
- ☐ Comprobante de la tesis del embalsamamiento, cuando se realice la inhumación o incineración después de las 48 horas de haber ocurrido el fallecimiento.
- ☐ Acta de no inconveniencia de la Procuraduría General de Justicia del Distrito federal o su equivalente en el resto de las entidades
- ☐ En caso de existir investigación judicial relacionada con la causa de la defunción:
- ☐ Acta médica del servicio forense.
- ☐ Oficio de identificación de la autoridad Judicial competente si se trata de un cadáver no identificado.



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.

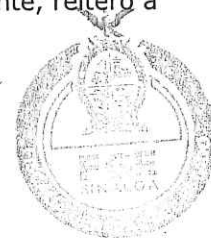
Asimismo, informo que no existe ningún inconveniente por parte de ésta Autoridad de que se realice la Inhumación de la misma; No omito además solicitar a Usted, realice el correspondiente registro del acta de defunción del occiso anteriormente señalado en párrafos anteriores.

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 Tramitación Común.



UNIDAD DEL MINISTERIO
PUBLICO DEL FUERO COMUN
ADSCRITO A LA UNIDAD DE LO
PENAL ESPECIALIZADA EN
DELITOS DE TRAMITACION
COMUN REGION CENTRO



DIRECCIÓN GENERAL
DE INVESTIGACIÓN
PERICIAL



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

Oficio: 003677/2021

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

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

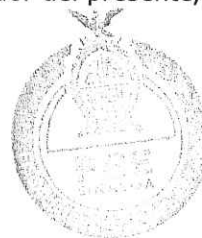
Presente.-

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Pablo Jesús Santoro Nombre(s) 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"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Oaxaca Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP SAXP991210HOCNXXB00 Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique		
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: 21 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Campo Acapulco 10.2 Nombre de la vivienda: Sinaloa 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Costa Rica 10.6 Nombre del asentamiento humano: Culliacan 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 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"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación:				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera La 20 altura canal Santa Martha Frente al campo Acapulco Sindicatura de 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/04/2021 13:00 Día Mes Año Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Asfexia por inmersión en medio líquido Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE A1	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			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: Se encontró el cuerpo dentro de canal 22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: Carretera La 20 22.7.2 Nombre de la vivienda: Sinaloa 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Costa Rica 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: Culliacan	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS