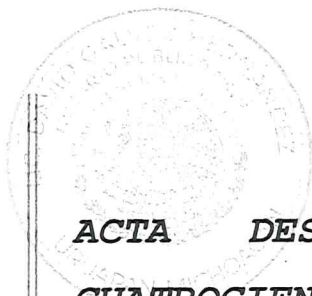


Lic. David Gálvez Hernández

NOTARIO PUBLICO No. 6

TELS.: 524-00-25, 524-30-71
URUAPAN, MICHOACAN



**ACTA DESTACADA NÚMERO VEINTINUEVE MIL
CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES.**

En la ciudad de Uruapan, Michoacán, a las doce horas, del día treinta de julio del año dos mil veintiuno.-----
ANTE MI, Licenciado **DAVID GALVEZ HERNANDEZ**, Notario Público Número Seis, con Registro Federal de Contribuyentes **GAHD-470628-Q14**, en ejercicio, con residencia en esta ciudad, compareció la señora **JOSEFINA GUILLEN** quien manifestó bajo protesta de decir verdad que su esposo **JOSE GARCIA ZEPEDA SALVADOR**, se identificó con el nombre anteriormente mencionado, presentando acta de nacimiento como antecedente de ser esto verdad, manifestación que hace ante notario para los fines legales que a la interesada convengan y para demostrar lo anterior presenta como testigos a las señoras **MARIA CRISTINA ACOSTA MEDINA Y ROSA ANGELA GARCIA GUILLEN**, quienes presentes manifiestan bajo protesta de decir verdad que conocieron al compareciente y les consta que efectivamente se le conoció y se identificó con el nombre anteriormente descrito; Hecho que es consta por la amistad que tuvieron con el compareciente desde hace bastante tiempo.-----

El suscrito Notario da fé de que lo anteriormente expuesto por las partes que intervienen en esta Acta, lo hicieron en mi presencia, personas que se identificaron con las credenciales que en copia fotostática agregó a la presente, y con capacidad legal para este acto. -----

Por sus generales manifestaron ser: -----

La señora **JOSEFINA GUILLEN**, manifestando que nació el día veintiséis de junio de mil novecientos sesenta y cinco, viuda, empleada, originaria y vecina de esta ciudad con

por las partes que intervienen en esta Acta, lo hicieron en mi presencia, personas que se identificaron con las credenciales que en copia fotostática agregó a la presente, y con capacidad legal para este acto. -----

Por sus generales manifestaron ser: -----

La señora **JOSEFINA GUILLEN**, manifestando que nació el día veintiséis de junio de mil novecientos sesenta y cinco, viuda, empleada, originaria y vecina de esta ciudad con domicilio en Tercera Privada Pelagio Rodríguez, numero veintidós, colonia Buenos Aires.-----

La señora **MARIA CRISTINA ACOSTA MEDINA**, manifestando que nació el día veintiséis de noviembre de mil novecientos cincuenta y cinco, casada, ama de casa, originaria y vecina de esta ciudad, con domicilio en tercera privada de Pelagio Rodríguez numero treinta y uno "A", Colonia Buenos Aires.----

Y la señora **ROSA ANGELA GARCIA GUILLEN**, manifestando que nació el día diecisiete de septiembre mil novecientos noventa y dos, unión libre, comerciante, originaria y vecina de esta ciudad, con domicilio en Tercera Privada de Pelagio Rodríguez, numero veinticuatro, colonia Buenos Aires.-----

Con lo anterior se dió por terminada esta Acta, la que - -
previa lectura que se les dió con la advertencia del derecho
que tienen para leerlo por sí mismos en este acto se
manifestaron conformes y firman.- D O Y F E.-----

JOSEFINA G

RA66.

maria cristina ocosta



INEC

IDMEX1227686585<<2190049448118
6506261M2412311MEX<01<<32493<3
GUILLEN<<JOSEFINA<<<<<<<<<<<

2190135378991

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE.
NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHA-
DURAS O ENMENDADURAS.

EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTI-
FICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN
LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE
OCURRA.

Sevilla

EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

Maria Candelaria

ELECCIONES FEDERALES

LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

INE

000437

RAGG.

EDMUNDO JACOB ROA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTO

IDMEX1995493941<<2190091138661
9209172M2912316MEX<02<<18879<8
GARCIA<GUILLEN<<ROSA<ANGELICA<

El suscrito, Lic. DAVID GALVEZ HERNANDEZ, Notario Público No. Seis con Registro Federal de Contribuyentes GAHD-470628-Q14, en ejercicio con residencia en esta ciudad, CERTIFICO: Que la presente copia fotostática concuerda fielmente con el original en _____ fojas que tuve a la vista. Y devuelvo a la parte interesada. Doy fe. Uruapan, Michoacán.

30 JUL 2021





Identificador Electrónico

16065000120210007010



Clave Única de Registro de Población

GAZJ620328HMNRPS07



Número de Certificado de Nacimiento

Entidad de Registro

MICHOCAN DE OCAMPO

Municipio de Registro

PARACHO

Oficialía	Fecha de Registro	Libro	Número de Acta
0001	12/04/1962	1	222

Estados Unidos Mexicanos

Acta de Nacimiento

Datos de la Persona Registrada

JOSE

GARCIA

ZEPEDA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

HOMBRE

28/03/1962

PARACHO

MICHOCAN DE OCAMPO

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Datos de Filiación de la Persona Registrada

MAXIMINO

GARCIA

SANCHEZ

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

FLORA

ZEPEDA

GUERRERO

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

Anotaciones Marginales:

Sin anotaciones marginales.

Certificación:

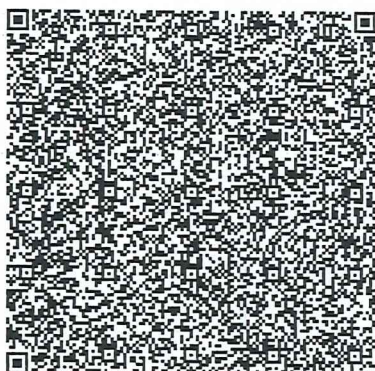
Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en los arts 21, 22, 28 y 40 del Cód. Familiar de Michoacán; 16 frs IX, IX BIS y 22 de la Ley Org. del Registro Civil de Michoacán; 26 y 34 del Regl de la Ley Org. del Reg. Civil de Michoacán y el Acuerdo emitido el 31 de julio de 2017 por la Scría. de Gobierno de Michoacán. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A LOS 28 DÍAS DEL MES DE JUNIO DE 2021 .
DOY FE.

Firma Electrónica:

R0 Fa Sj Yy MD My OE hN TI JQ Uz A3 fE pP U0 V8 R0 FS Q0 IB fF pF UE
VE QX wx MT Yw Nj Uw MD Ax MT k2 Mj Aw Mj ly MH xN fD I4 Lz Az Lz E5
Nj J8 TU ID SE 9B Q0 FO IE RF IE 9D Q0 1Q T3 xN QV hJ TU IO Ty BH QV

Código QR



Código de Verificación

11606500011962002220



DIRECTORA DEL REGISTRO CIVIL DE MICHOCÁN

LIC. TERESA RUIZ VALENCIA

La presente copia certificada del acta es un extracto del acta que se encuentra en los archivos del Registro Civil correspondiente, la cual se ha expedido con base en las disposiciones jurídicas aplicables, cuyos datos pueden ser verificados en la página <https://cevar.registrocivil.gob.mx/eVAR/ConsultaFolio.jsp>, capturando el Identificador Electrónico que se encuentra en la parte superior derecha del acta, para su consulta en dispositivos móviles, descarga una aplicación para lectura del código QR.



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210636186

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) José García Zepeda Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 28/03/1962 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Michoacán Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP GIAZJ620328HMNRPS07 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"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <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: Años cumplidos 59 Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 24 Calle Colón Terrer privada de Pelagio Rodríguez 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad Buenos Aires 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano Uruapan Michoacán 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
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"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" 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 checked="" 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"/> 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Nombre de la unidad médica 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad Calle Colonia 15.2 Nombre de la vialidad Benito Juárez 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano Uruapan Michoacán 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/06/2021 11:00 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.-) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Herida producida por proyectil Debido a (o como consecuencia de) b) disparado de arma de fuego Debido a (o como consecuencia de) c) penetrante a tórax 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		
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"/> últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
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 checked="" type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 1004202124179
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 1004202124179		22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 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

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS



210636186

DEL INF.		22.7.3 Núm. Exterior; 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.10 Entidad federativa	
		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE	Rosa Angelica		Garcia		Goullen	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3					
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique					
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	Número de la cédula profesional					
	27. NOMBRE	Martha de la Salud Trinidad		Calderon		28. FIRMA	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO	Calle		Leora Vicario		SN	
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
		San Rafael		16101317		29.4 Núm. Interior	
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
		Uruapan		Michoacán		Uruapan	
		29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
						Día Mes Año	
						24 06 20 21	