

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 señoritas **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.-----

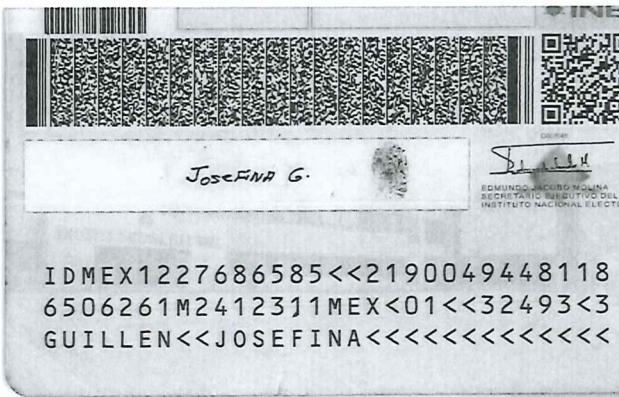
La señora **MARIA CRISTINA ACOSTA MEDINA**, manifestando que nació el día veintiséis de noviembre de mil novecientos cincuenta y cinco, casada, ama de casa, originaria y vecina de esta ciudad, con domicilio en tercera privada de Pelagio Rodríguez numero treinta y uno "A", Colonia Buenos Aires.----

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.-----

JOSCEINA G
RA66.
mariaCésarioCosta

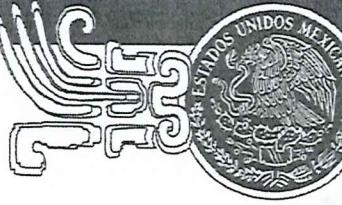




El suscrito, Lic. DAVID GALVEZ HERNANDEZ, Notario Público No. Seis con Registro Federal de Contribuyentes GAHD-470628-Q14, en ejercicio con residencia en esta ciudad, CERTIFICO: Que la presente copia fotostática concuerda fielmente con el original en _____ fojas que tuve a la vista. Y devuelvo a la parte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

Datos de la Persona Registrada

JOSE

GARCIA

ZEPEDA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

HOMBRE

28/03/1962

PARACHO

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

MICHOCAN DE OCAMPO

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:

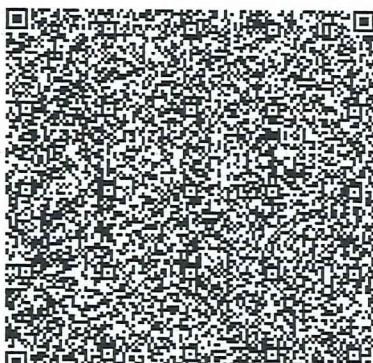
Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en los arts 21, 22, 28 y 40 del Cód. Familiar de Michoacán; 16 frs IX, IX Bis y 22 de la Ley Org. del Registro Civil de Michoacán; 26 y 34 del Regl de la Ley Org. del Reg. Civil de Michoacán y el Acuerdo emitido el 31 de julio de 2017 por la Scria. 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 l4 Lz Az Lz E5
Nj J8 TU ID SE 9B Q0 FO IE RF IE 9D QU 1Q T3 xn QV hJ TU IO Ty BH QV

Código QR



Soy México

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

210636186

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		José García		Zepedo.		
		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		12 80 31 96 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día Mes Año		3. SEXO		Michoacán		
Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		G A Z J 6 2 0 3 2 8 H M N R P S O 7		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
		Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	
		Minutos	Horas	Días	Meses	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle Colonia		Tercer privada de felagio Rodriguez.		
24		10.5 Tipo de asentamiento humano		Buenos Aires.		
10.3 Núm. Exterior		Uruapan		10.6 Nombre del asentamiento humano		
10.4 Núm. Interior		Colonia		Michoacán.		
10.7 Código Postal		Uruapan		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
10.8 Localidad		Uruapan				
10.9 Municipio o Alcaldía						
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		Comerciante		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		
		Calle Colonia		Benito Juárez		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.6 Nombre del asentamiento humano		
		Uruapan		Michoacán.		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha y hora de la defunción		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
11 06 2012 11 18 00		Dia Mes Año Horas Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II		
a) Hasta 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) -		-		-		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El parto <input type="radio"/> 3		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	
		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
				Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 8	
				Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
				Se ignora <input type="radio"/> 9		
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				
1004202124179.						
22.7 Anote 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		

210636186

22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s)	Garcia	Gutierrez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija.
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input checked="" type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 117632891 Número de la cédula profesional		28. FIRMA
	27. NOMBRE Nombre(s)	Martha de la Salud Trinidad Calderon	Primer Apellido	Segundo Apellido
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad	Calle	Leona Vicario SN	29.3 Núm. Exterior
	29.6 Nombre del asentamiento humano	San Rafael	29.7 Código Postal	29.8 Localidad
	29.9 Municipio o Alcaldía	Uruapan	Michoacan	29.11 Teléfono
	29.10 Entidad federativa	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24/06/2021. Dia Mes Año