



--

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

2. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____

☐ Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío) _____ ☐ Rural Disperso

☐ Hospital/Clinica
 ☐ Centro/Puesto de Salud
 ☐ Casa/Domicilio
 ☐ Lugar de Trabajo
☐ Vía Pública
 ☐ Otro Sitio ¿Cuál?
 ☐ Sin Información

[illegible]

☐ Fetal ☐ No fetal

Año

 Mes

 Día

Hora Minutos Sin establecer

10. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO - Tipo de documento				11. NÚMERO DE DOCUMENTO
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	
<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Carné Diplomático	<input type="checkbox"/> Pasaporte de la ONU	<input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia	
<input type="checkbox"/> Salvo Conducto de Permanencia	<input type="checkbox"/> Documento Extranjero	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacido Vivo	<input type="checkbox"/> Permiso de Protección Temporal	
<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificar	<input type="checkbox"/> Sin Información	Otro ¿Cuál?:	

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Indeterminado

Año Mes Día

☐ No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja

☐ No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja

☐ Estaba separado(a), ☐ Divorciado(a) ☐ Estaba viudo(a)

☐ Estaba soltero(a) ☐ Estaba casado(a) ☐ Sin información

☐ Menor de una hora (en minutos)(00-59)
 ☐ 5. De un año o más (en años cumplidos)

☐ Menor de un día (en horas)(01-23)

☐ Menor de un mes (en días)(01-29)

☐ Menor de un año (en meses)(01-11)

Edad

☐ Preescolar ☐ Básica Primaria ☐ Básica Secundaria ☐ Media académica o Clásica ☐ Media Técnica
☐ Normalista ☐ Técnica Profesional ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ Especialización
☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Ninguno ☐ Sin información
 Último año o grado aprobado

☐ 1. Si ☐ 2. No

☐ Deportes ☐ Ocio ☐ Trabajo para obtener ingresos ☐ Otro trabajo
☐ Descansar, dormir, comer o participar en otras actividades vitales
☐ Otras actividades específicas ☐ Actividades no especificadas ☐ Sin información

☐ Accidente de trabajo

☐ Enfermedad profesional

Indígena ☐ ROM (gitano) ☐ Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia

☐ Palenquero de San Basilio ☐ Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

¿A cuál pueblo indígena pertenece? ☐ Ninguno de los anteriores

País de residencia Departamento Municipio

☐ Cabecera municipal Barrio: _____ Localidad o comuna: _____

Dirección: _____

☐ Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío): _____

☐ Rural Disperso (vereda): _____

☐ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Excepción ☐ Especial ☐ No asegurado

☐ Natural ☐ No Natural

☐ En estudio

☐ Médico(a) Tratante
 ☐ Médico(a) no Tratante
 ☐ Médico(a) Legista

☐ Personal de salud autorizado
 ☐ Funcionario(a) del Registro Civil

26. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO ☐ Antes ☐ Durante ☐ Después ☐ Sin información

27. TIPO DE PARTO. EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO ☐ Espontáneo ☐ Cesárea ☐ Instrumentado ☐ Sin información

28. MULTIPLICIDAD. EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO ☐ Simple ☐ Doble ☐ Triple ☐ Cuádruple o más ☐ Sin información

☐ Semanas ☐ Sin información

Gramos

31. PAÍS DE NACIMIENTO DE LA MADRE DEL FALLECIDO

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería
<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Carné Diplomático	<input type="checkbox"/> Pasaporte de la ONU	<input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia
<input type="checkbox"/> Salvo Conducto de Permanencia	<input type="checkbox"/> Documento Extranjero	<input type="checkbox"/> Permiso de Protección Temporal	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar
<input type="checkbox"/> Menor sin Identificar	<input type="checkbox"/> Sin Información	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?: _____	

DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

34. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

35. EDAD DE LA MADRE

Años cumplidos

36. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS (INCLUYENDO EL PRESENTE)

Nacidos vivos

Nacidos muertos

37. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE

☐ No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja

☐ No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja

☐ Estaba separado(a),

☐ Divorciado(a)

☐ Estaba viudo(a)

☐ Estaba soltero(a)

☐ Estaba casado(a)

☐ Sin información

38. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE

☐ Preescolar

☐ Básica Primaria

☐ Básica Secundaria

☐ Media académica o Clásica

☐ Media Técnica

☐ Normalista

☐ Técnica Profesional

☐ Tecnológica

☐ Profesional

☐ Especialización

☐ Maestría

☐ Doctorado

☐ Ninguno

☐ Sin información

Último año o grado aprobado

39. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA MADRE DEL FALLECIDO

☐ Contributivo

☐ Subsidiado

☐ Excepción

☐ Especial

☐ No asegurado

40. Entidad administradora en salud a la que pertenecía:

III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRIL (DE 10 A 54 AÑOS)

41. ¿ESTUVO EMBARAZADA?

☐ Cuando falleció

☐ Entre los 43 días y un año antes de la muerte

☐ En los últimos 42 días (6 semanas) antes de la muerte

☐ No

☐ Sin información

42. ¿EL EMBARAZO CONTRIBUYÓ A LA MUERTE?

☐ Si

☐ No

☐ Sin información

IV. DEFUNCIONES NO NATURALES

43. PROBABLE MANERA DE MUERTE NO NATURAL

☐ Suicidio

☐ Homicidio

☐ Evento de transporte

☐ Otro accidente

☐ En estudio

☒ Sin información

44. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO?

45. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO

Departamento:

Municipio:

Localidad o Comuna:

Dirección de ocurrencia del hecho:

V. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

46. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

☐ Si

☐ No

☐ Sin información

47. FECHA EN QUE SE REALIZA LA CIRUGÍA

Año

Mes

Día

48. MOTIVO DE LA CIRUGÍA (EXPLIQUE LA RAZÓN DE LA CIRUGÍA ENFERMEDAD-CONDICIÓN)

VI. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

49. ¿CÓMO SE DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?

☐ Necropsia Médico Legal

☐ Necropsia Clínica

☐ Historia Clínica

☐ Pruebas Diagnósticas

☐ Interrogatorio Familiares

☐ Vigilancia Demográfica

50. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?

☐ Si

☐ No

☐ Sin información

51. Causas de la defunción (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Unidad de medida

(Minutos, Horas, Días, Semanas, Meses, Años)

Parte I

Causa Directa: Mecanismo o estado fisiológico que produjo la muerte directamente.

a.

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en a, mencionándose en el último lugar la causa antecedente originaria o punto de partida del proceso mórbido.

b. Debido a

c. Debido a

d. Debido a

Parte II

Otros estados patológicos: estados patológicos importantes que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morbozo que la produjo.

52. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO: ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTOR(A) DE SALUD

Diagnóstico:

VII. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

53. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento

☐ Cédula de Ciudadanía

☐ Cédula de Extranjería

☐ Pasaporte

☐ Permiso Especial de Permanencia

☐ Permiso de Protección Temporal

54. NÚMERO DE DOCUMENTO

55. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

56. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

☐ Médico (a)

☐ Enfermero(a)

☐ Auxiliar de enfermería

☐ Promotor(a) de salud

☐ Funcionario(a) de Registro Civil

57. REGISTRO PROFESIONAL

58. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento:

Municipio:

FECHA

Año

Mes

Día



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACION GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

☐ Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) _____ ☐ Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCIÓN
☐ Fetal ☐ No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Año Mes Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
Hora Minutos ☐ Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Indeterminado

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO - Tipo de documento

☐ Registro Civil ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Cédula de Extranjería
☐ Pasaporte ☐ Carné Diplomático ☐ Pasaporte de la ONU ☐ Permiso Especial de Permanencia
☐ Salvo Conducto de Permanencia ☐ Documento Extranjero ☐ Certificado de Nacido Vivo ☐ Permiso de Protección Temporal
☐ Adulto sin Identificar ☐ Menor sin Identificar ☐ Sin Información ☐ Otro ¿Cuál?: _____

NÚMERO DE DOCUMENTO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

PROBABLE MANERA DE MUERTE

☐ Natural ☐ No Natural ☐ En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO

☐ Indígena ☐ ROM (gitano) ☐ Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia
☐ Palenquero de San Basilio ☐ Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ ☐ Ninguno de los anteriores

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento

☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Cédula de Extranjería ☐ Pasaporte
☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Permiso de Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

☐ Médico (a) ☐ Enfermero(a) ☐ Auxiliar de enfermería
☐ Promotor(a) de salud ☐ Funcionario(a) de Registro Civil

REGISTRO PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: _____ Municipio: _____

FECHA

Año Mes Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
