

RIOVERDE, S.L.P. A 07-Oct-2021

ASUNTO: SOLICITUD

C. ARNULFO URBIOLA ROMAN  
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE  
RIOVERDE, S.L.P.

POR MEDIO DE LA PRESENTE LE ENVIAMOS UN ATENTO Y CORDIAL SALUDO, ASI MISMO  
SOLICITO SU VALIOSO APOYO CON

la condonación del pago de servicios  
de inhumación, sello de fosa y exhumación  
para sepultar a mi suegra que en vida  
llevara por nombre Lidia Quintero  
Sánchez

SIN MAS QUE EN EL MOMENTO, Y ESPERANDO VERME FAVORECIDA ME DESPIDO DE USTED.

**GOBERNACIÓN**  
ADMINISTRACIÓN 2021-2024  
RIOVERDE ES DE TODOS!  
RIOVERDE, S.L.P.

ATENTAMENTE

Carolina Orozco R

07 OCT 2021  
OFICIA  
DE PARTES

000052

NOMBRE: Carolina Orozco Rosas

DOMICILIO ACTUAL: Quezada 511 col. Sn. Antonio, Rioverde

TEL O CEL: \_\_\_\_\_

En cualquiera de los formatos generados por la Secretaría General del H. Ayuntamiento de Rioverde, S.L.P., en los que se recaben datos de carácter personal, la Secretaría General será la Responsable del Tratamiento de los datos así mismo, se les informa que la instancia para poder ejercer cualquier derecho acceso, rectificación, cancelación u oposición (derecho ARCO), podrá ser solicitada directamente en la Unidad de Transparencia perteneciente a este H. Ayuntamiento de Rioverde, S.L.P., ubicado en el domicilio de Plaza Constitución Letra I, Edificio de Rioverde, San Luis Potosí.

En cualquiera de los formatos generados por la Secretaría General del H. Ayuntamiento de Rioverde, S.L.P., en los que se recaben datos de carácter personal, la Secretaría General será la Responsable de su tratamiento; así mismo, se les informa que la instancia para poder ejercer cualquier derecho acceso, rectificación, cancelación u oposición (derecho ARCO), podrá ser solicitado directamente en la Unidad de Transparencia perteneciente a este H. Ayuntamiento de Rioverde, S.L.P., ubicado en el domicilio de Plaza Constitución Letra I, Edificio A Planta Alta, Rioverde, San Luis Potosí.

RIOVERDE, S.L.P. A \_\_\_\_\_

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. ARNULFO URBIOLA ROMAN  
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE  
RIOVERDE, S.L.P.

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED, PARA AGRADECER SU VALIOSO APOYO  
CON

agradezco el apoyo con la  
condonación del 50% del pago  
de servicios de inhumación, sello de  
Fosa y exhumación

SIN MAS POR EL MOMENTO, Y ESPERANDO VERME FAVORECIDA ME DESPIDO DE USTED.

ATENTAMENTE

Carolina Orozco R

NOMBRE: Carolina Orozco R.

DOMICILIO ACTUAL: Quezada 511, col. Sn. Antonio

TEL O CEL: \_\_\_\_\_



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A) Lidia Quintero Sanchez

2. FECHA DE NACIMIENTO 2/1/1993 3. SEXO Hombre 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi

5. CURP Q45L431121MS PNN300 6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Mexicana 7. NACIONALIDAD Mexicana

8. EDAD CUMPLIDA 77 9. ESTADO CONYUGAL Casado(a)

10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Sexta Privada de Galeana, Colonia Centro, Municipio de San Luis Potosi

11. ESCOLARIDAD Primaria 12. OCUPACION HABITUAL Empleado

13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD IMSS 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de Rionegro

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera, Colonia Centro, Municipio de San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/02/2021 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTE I: meningitis por COVID-19. PARTE II: Traumático cráneoencefalico, Bloqueo Atrioventricular completo

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificue si la muerte ocurrió durante: El embarazo, El parto, El puerperio

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente, homicidio, suicidio 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

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

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

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LA SECRETARÍA DE ECONOMÍA

212253005



Bachillerato o preparatoria  7 Profesional  8 Posgrado  10 Se ignora  99 Completa  1 Incompleta  2 12.1 Trabajaba Sí  1 No  2 Se ignora  9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  1 ISSSTE  3 SEDENA  5 Seg. Popular / INSABI  7 Otra  8 IMSS  2 PEMEX  4 SEMAR  6 IMSS BIENESTAR  10 Se ignora  99 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  1 IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 Hospital General de Potosí 14.1 Nombre de la unidad médica Vía pública  10 Otro lugar  12 IMSS BIENESTAR  2 ISSSTE  4 SEDENA  6 Otra unidad pública  8 Unidad médica privada  9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar  11 Se ignora  99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera. Potosí / San Ciro Acosta. 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 5/11. Colón. Centro. 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 79610 Potosí Potosí San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/10/2021 16:25 Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1 No  2 Se ignora  9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  1 No  2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) neumonía por covid 19. Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d)

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Traumático transitorio.

Bloqueo Atrial Ventricular completo

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  1 El parto  2 El puerperio  3 43 días a 11 meses después del parto o aborto  4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente  1 Homicidio  2 Suicidio  3 Se ignora  9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí  1 No  2 Se ignora  9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular  0 Área deportiva  3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1 Calle o carretera (vía pública)  4 Escuela u oficina pública  2 Área comercial o de servicio  5 Granja (rancho o parcela)  7 Otro  8 Se ignora  9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) 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 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 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE: Carolina Orozco Posas. 23.1 Nombre(s) 23.2 Primer Apellido 23.3 Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) nuera.

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante  1 Médico legista  2 Otro médico\*  3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Autoridad civil\*  5 Otro\*  8 \*Especifique: General. 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 09287887 Número de la cédula profesional

27. NOMBRE: Jesus Rosales Juarez 27.1 Nombre(s) 27.2 Primer Apellido 27.3 Segundo Apellido 28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: Carretera Potosí / San Ciro A. 5/11. Colón. Centro. 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 05102021 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 05/10/2021 Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 31.1 Acta Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD