



CERTIFICADO DE DEFUNCION

Circunscripción : CONCHALÍ
Nro. inscripción : 48 Registro : Año : 2014
Nombre inscrito : AMALIA PERALTA VALENZUELA
R.U.N. : 2.397.894-6
Fecha nacimiento : 28 Abril 1923
Sexo : Femenino
Fecha defunción : 2 Marzo 2014 a las 15:15 horas.
Lugar defunción : CONCHALÍ
Causa de muerte : PARO CARDIO RESPIRATORIO/ HIPERTENSION
ARTERIAL CRONICA/ DIABETES MELLITUS/

FECHA EMISIÓN: 3 Marzo 2014, 11:02.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710
Impreso en: CONCHALI
REGION : METROPOLITANA

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Victor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada



**Funeraria
Sendero
de Cristo**

CONTRATO DE VENTA

DIA	MES	AÑO
02	03	14

DATOS CONTRATANTE

Nombre: MANUEL ANTONIO BECERRA PERALTA R.U.T.: 6.861.008-7
 Dirección: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI Fono: 2625535
 Parentesco: Hijo Fono Velación _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre: AMALIA PERALTA VALENZUELA R.U.T.: 2.397.894-6
 Lugar de Fallecimiento: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI
 Lugar de Velación: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI
 Estatura aprox.: 150 Peso aprox.: _____
 Funeral Día: _____ Misa: _____ Salida: _____ Llegada Cementerio: _____

DATOS REGISTRO CIVIL

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado
 Estudios: Básicos Medios Técnicos Superiores
 Ocupación: PENSIONADA
SIN ESTUDIOS
 Domicilio Fallecido: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI
 Registro Civil: CONCHALI
 Cementerio: PENDIENTE

VALORES DEL SERVICIO

Modelo de Urna: BARNIZ PINO ESPECIAL LISA NATURAL Valor Total \$ 406.000
 Medidas de Urna - Ancho: 0,60 Largo: 1,97 Alto: 0,50
 Equipo de Velación: ELECTRICA Cuota Mortuoria \$ 406.000
 Detalle de Pago: IPS x CONFIRMAR Saldo \$ _____

ANEXOS INCLUIDOS

Médico INCLUIDO DR. WILSON
 Sala Velatoria NO
 Naturalización NO
 Arreglo Floral NO
 Aviso Obituario NO
 Coro NO
 Tratamiento tanatológico NO
 Diacono NO

REFERENCIAS DEL SERVICIO

Vehículo de Despacho VAN Chofer _____
 Carroza funeral PANORAMICA Chofer _____
 Auto de acompañamiento _____ Chofer _____
 Van de acompañamiento IDA Y REGRESO Chofer _____

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

1315251

A. USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO <i>AMALIA TERESA VALENZUELA</i>				CÉDULA DE IDENTIDAD <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>2</td><td>3</td><td>9</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>4</td><td>-</td><td>6</td></tr></table>				2	3	9	7	8	9	4	-	6
2	3	9	7	8	9	4	-	6								
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M: MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> F: FEMENINO <input type="checkbox"/> I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <i>28 04 1973</i>		EDAD Años Cumplidos <i>090</i>		Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min.											
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)								Firma: _____								
1. Nombre: _____				C.I. _____		Firma: _____										
2. Nombre: _____				C.I. _____		Firma: _____										

2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN				SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL					
FECHA Día Mes Año <i>02 03 2014</i>		HORA Hora - Minutos <i>15 15</i>		Peso al nacer (gra)		Semanas gestación		Estado Nutritivo previo a la enfermedad	
<input type="checkbox"/> 1: Eutrófico		<input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I		<input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II		<input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III <input type="checkbox"/> 5: Ignorado			

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro	ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN <i>LAS VERTIENTES 1108</i>				COMUNA <i>DOMICILIO</i>			
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	--	--	--	----------------------------	--	--	--

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.				DURACION ENFERMEDAD		USO M. SALUD	
CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)							
a) <i>PARO CARDIO RESPIRATORIO</i>							
«Debida a» o «Como consecuencia de»							
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)							
b) <i>DIABETES MELLITUS CRONICA</i>							
«Debida a» o «Como consecuencia de»							
c) <i>DIABETES MELLITUS</i>							
ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES: (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)							
<i>Deterioro Orgánico</i>							

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE				EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación				LUGAR DE OCURRENCIA <input type="checkbox"/> 1: Casa <input type="checkbox"/> 2: Vía Pública <input type="checkbox"/> 3: Trabajo <input type="checkbox"/> 4: Otro		CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/> 1: Peatón <input type="checkbox"/> 2: Conductor <input type="checkbox"/> 3: Pasajero <input type="checkbox"/> 4: Otra		TIPO <input type="checkbox"/> 1: Accidente <input type="checkbox"/> 2: Suicidio <input type="checkbox"/> 3: Homicidio <input type="checkbox"/> 4: Otro	

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1: Sí <input type="checkbox"/> 2: No <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS <input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante de Matrona <input type="checkbox"/> 2A: Legista <input type="checkbox"/> 2B: Patólogo <input type="checkbox"/> 3: Otro <input type="checkbox"/> 4: Información de Testigos <input type="checkbox"/> 5: Testigos <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		FECHA CERTIFICADO Día Mes Año <i>02 03 2014</i>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>DR. WILSON BORJA REYES Medicina General R.U.T.: 4.666.893 - 6 Insc. SEREMI SALUD N° 624 - Santiago Uno Norte 776 - Independencia Teléfonos de Consulta: Tel: 09 - 7727 880 - 89 - 439 6424 Firma Médico y Sello Establecimiento</p> </div>			
Nombre Médico: <i>WILSON BORJA REYES</i>									
Rut: <i>4666893-6</i> Teléfono: <i>9772880</i>									
Domicilio: <i>UNO NORTE 776 INDEPENDENCIA</i>									

B.- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)						USO INE			
INSTRUCCION Último Curso Nivel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> 1: Patrón <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia			

5.- SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.						<input type="checkbox"/> 1.- MENOR DE UN AÑO <input type="checkbox"/> 2.- DEFUNCIÓN FETAL			
Nombre de la Madre									

ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada		HIJOS: Incluyendo presente inscripción Vivos Fallecidos Mortinatos Total				FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO 1.- Parto 2.- Aborto Día Mes Año			
-------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

CODIGO N° 1102

1007



CERTIFICADO DE DEFUNCION

Circunscripción : CONCHALÍ
Nro. inscripción : 48 Registro : Año : 2014
Nombre inscrito : AMALIA PERALTA VALENZUELA
R.U.N. : 2.397.894-6
Fecha nacimiento : 28 Abril 1923
Sexo : Femenino
Fecha defunción : 2 Marzo 2014 a las 15:15 horas.
Lugar defunción : CONCHALÍ
Causa de muerte : PARO CARDIO RESPIRATORIO/ HIPERTENSION
ARTERIAL CRONICA/ DIABETES MELLITUS/

FECHA EMISIÓN: 3 Marzo 2014, 11:02.

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710
Impreso en: CONCHALI
REGION : METROPOLITANA

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada