



REPÚBLICA DEL ECUADOR

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

Dirección General de Registro Civil
Identificación y Cedulación

ESPECIE VALORADA



USD. **3.00**

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICO: Que con número de registro de inscripción: **D-260-000047-31** en **ECUADOR**, provincia de **AZUAY**, cantón **CUENCA**, parroquia **SAN BLAS**, y con fecha **17 DE OCTUBRE DE 2013**, está inscrito el registro de defunción de:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO: **NARCISO ERWIN SANTOS MACIAS**. NACIONALIDAD: **ECUATORIANA**, SEXO: **MASCULINO**, ESTADO CIVIL: **CASADO**, EDAD: **50** años.

LUGAR Y FECHA DEL FALLECIMIENTO: **ECUADOR**, provincia del **AZUAY**, cantón **CUENCA**, parroquia **MONAY**, **15 DE OCTUBRE DE 2013**.

CAUSA DE LA MUERTE: **HIPERTENSION ARTERIAL**, DOCTOR QUE DECLARA LA DEFUNCIÓN: **DRA. SORAYA PUERTAS**.

CÓNYUGE SOBREVIVIENTE: **LIBIA SALTOS**.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE: **SEGUNDO SANTOS**.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE: **BERTILDA MACIAS**.

Nombres y Apellidos de quien solicitó la inscripción: **MAYRA ALEJANDRA SANTOS SALTOS**, cédula/pasaporte No. **0705416386**, nacionalidad **ECUATORIANA**.

Firma del delegado

CHRISTIAN ORLANDO SALINAS PATIÑO

OPORTUNO



- ☐ CERTIFICADO DE NACIMIENTO
Lugar y Fecha de Defunción:
CUENCA, 15 DE OCTUBRE DE 2013
☐ CERTIFICADO DE MATRIMONIO
☐ CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
☐ RESOLUCIONES ADMINISTRATIVAS

- ☐ COPIA CERTIFICADA
ÍNDICE O DACTILAR.
☐ DATOS DE FILIACIÓN
☐ RAZÓN DE NO EXISTENCIA

Impreso por: **MPACHECO, CUENCA, 17 DE OCTUBRE DE 2013**
CUALQUIER CLASE.

- ☐ DOCUMENTO SOLICITUD
CUALQUIER CLASE.
☐ ACTA DE RECONOCIMIENTO
DE UN HIJO.

000009620920

CÓDIGO 5



USD. 3.00

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO: Que con número de registro de inscripción: **D-350-000061-61** en **ECUADOR**, provincia de **EL ORO**, cantón **MACHALA**, parroquia **MACHALA**, y con fecha **16 DE SEPTIEMBRE DE 2016**, está inscrito el registro de defunción de:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO: **LUIS ERMEL URDIN QUIÑONEZ** con N.U.I./pasaporte No. **0700211204**, nacionalidad: **ECUATORIANA**, sexo: **HOMBRE**, estado civil: **CASADO**, edad: **76** años.

LUGAR Y FECHA DEL FALLECIMIENTO: **ECUADOR**, provincia de **EL ORO**, cantón **MACHALA**, parroquia **MACHALA**, **16 DE SEPTIEMBRE DE 2016**.

Causa de la muerte: **MIOCARDIOPATIA DILATADA**, Responsable que declara la defunción: **DR. CARLOS YANEZ CHALCO CON REG 1-6-18**.

CÓNYUGE / CONVIVIENTE SOBREVIVIENTE: **SURIAGA GOMEZ LUZ OLINDA**.

PADRE DEL/LA FALLECIDO/A: **URDIN ANTONIO GUILLERMO**.

MADRE DEL/LA FALLECIDO/A: **QUIÑONEZ G CLAUDINA AURELIA**.

SOLICITA LA INSCRIPCIÓN: **JOSE DAVID URDIN SURIAGA**, N.U.I./pasaporte No. **0703270553**, de nacionalidad **ECUATORIANA**.

Firma del delegado
ELVIS ROLANDO REYES CRUZ

Lugar y Fecha de Fallecimiento

MACHALA, 16 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ORDINARIA

Impreso por: **ELVIS ROLANDO REYES CRUZ**

MACHALA, 16 DE SEPTIEMBRE DE 2016

CERTIFICADOS:

COPIA INTEGRAL:

- ☐ NACIMIENTO
- ☐ MATRIMONIO
- ☐ UNIÓN DE HECHO
- ☐ DEFUNCIÓN
- ☐ PART. COMPUTARIZADA

- ☐ NACIMIENTO
- ☐ MATRIMONIO
- ☐ DEFUNCIÓN
- ☐ RESOLUCIONES ADM.
- ☐ DOC. SOLICITUD. CUALQ. CLASE
- ☐ RAZÓN DE NO INSCRIPCIÓN
- ☐ ACTA DE REC. DE UN HIJO

- ☐ CERT. BIOMÉTRICO/COP. CERT. ÍNDICE DACTILAR
- ☐ CAMBIO DE NOMBRE/POSESIÓN NOTARÍA
- ☐ DATOS DE FILIACIÓN
- ☐ DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE INFORMACIÓN

10 - 3646759



3



No 0255

Año..... Tomo..... Pag..... Acta.....
Dts ☐ Dfvs ☐ Mixto ☐

CERTIFICO

Que es fiel copia que se confiere de acuerdo
al Art. 9 de la Ley del Sistema Nacional de Registro
de Datos Públicos, en concordancia con el
Art. 122 de la Ley de Registro Civil, Identificación
y Cedulación, que reposa en el archivo:

Físico ☐ Electrónico ☒

DIRECCIÓN NACIONAL ☐
DIRECCIÓN PROVINCIAL ☒
JEFATURA CANTONAL ☐
JEFATURA DE AREA ☐

.....
DELEGADO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE
REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL GENERAL MACHALA

Hospitaliessmachalar9@yahoo.com

- Machala El Oro Ecuador

Teléfono 2930 419 - Fax 2 962 33

CERTIFICADO

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICO QUE EL PACIENTE **VIVAR CANDO SEGUNDO ROMULO WASHINGTON** CON CEDULA N° **0700823073** DE **67** AÑOS CON H.C **10521746** QUIEN ES ATENDIDO POR CONSULTA EXTERNA EN ESTA UNIDAD DE SALUD CON LA ESPECIALIDAD DE **MEDICINA INTERNA POR DIAGNOSTICO I10 HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), E109 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, E782 TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS, CON AMPUTACION SUPRA CONDILEA DE AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES.**

LO QUE CERTIFICO EN HONOR A LA VERDAD Y PARA LOS FINES PERTINENTES.

Machala, 27 de Febrero del 2020

Dra. Delia Chalen Echavarría

DRA. DELIA CHALEN
MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL MACHALA IESS





INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL PROVINCIAL DEL IESS REGIONAL 9

Hospitaliessmachalar9@yahoo.com

Ayacucho y Bolívar - Machala El Oro Ecuador

Teléfono 2930 419 - Fax 2 962 33

Machala 3/03/2020

CERTIFICADO :

Por medio de la presente certifico que el paciente **SARMIENTO ROMERO LUIS ALFREDO** CON CI. 0700100308 , SE ATEIENDE EN ESTA CASA DE SALUD POR CONSULTA EXTERNA POR PRESENTAR **DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE (M064) TRAST. MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION (F412) HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA (I10)** , POR LO QUE ACUDE A SUS CONTROLES REGULARES .

Es cuanto puedo certificar en honor a la verdad para los trámites pertinentes.

Atentamente:

Dra. Delia Chalen E.
MEDICINA INTERNA
HOSP. GENERAL MACHALA





Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Dirección Nacional de Discapacidad



CARNÉ DE PERSONA CON DISCAPACIDAD

Apellidos: PARRA SALAS

Nombres: ALDO RAFAEL

CC: 1702012345

Tipo de discapacidad: FÍSICA

Porcentaje de discapacidad: 85 %

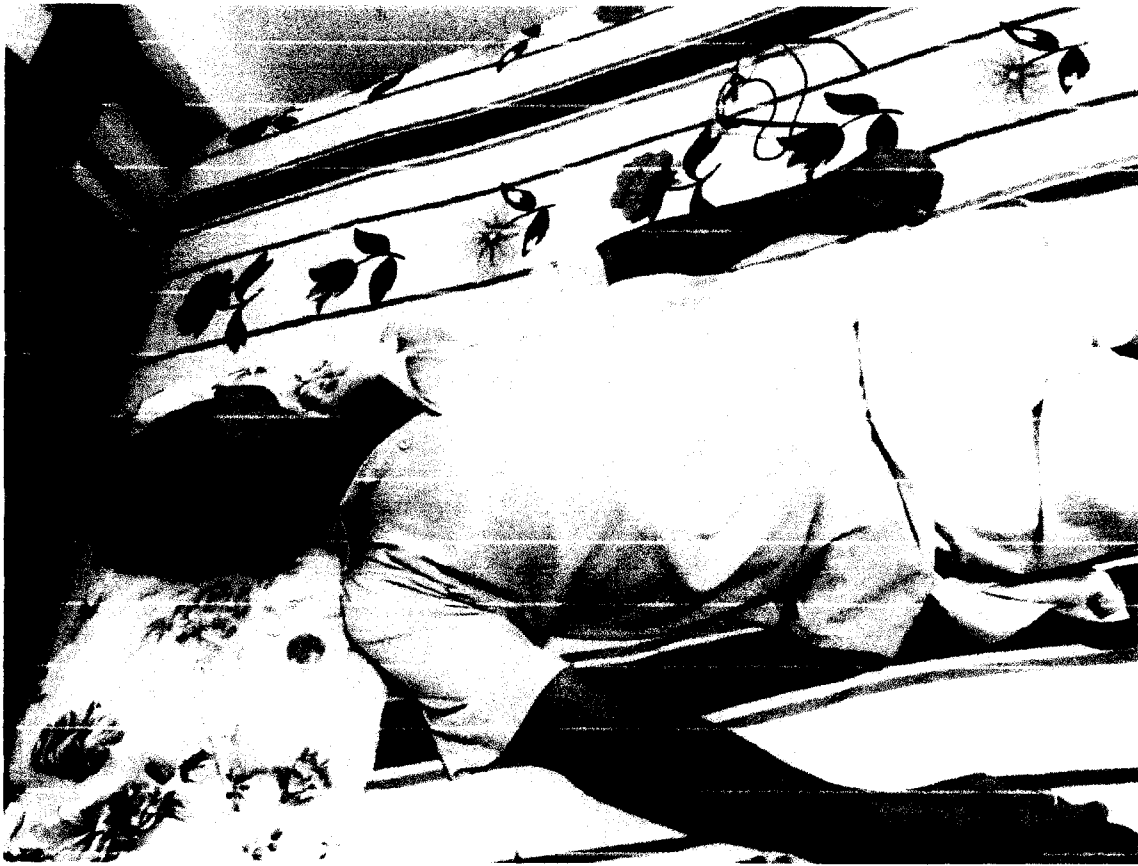
Grado de discapacidad: Muy grave



Emisión por: LILIAN ORTIZ / J. V. E. M. C. E. L. A.

Fecha de emisión: 20/01/2014







INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL GENERAL MACHALA

Hospitaliessmachalar9@yahoo.com

- Machala El Oro Ecuador

Teléfono 2930 419 - Fax 2 962 33

CERTIFICADO

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICO QUE EL PACIENTE **PINEDA MALDONADO JULIO AGUSTIN** CON CEDULA N° **110276252-1** DE **50** AÑOS DE EDAD CON H.C 10547731 , ES ATENDIDO POR MEDIO DEL IESS MEDIANTE VISITA A DOMICILIO POR EL MEDICO FAMILIAR POR PRESENTAR DIAGNOSTICO: G610 POLINEUROPATIA INFLAMATORIA, SINDROME DE GUILLAIN BARRE, ENCAMADO DE MANERA PERMANENTE. TIEMPO DE LA ENFERMEDAD 3 AÑOS Y 6 MESES LO QUE LE HA OCASIONADO MULTIPLES SECUELAS COMO ULCERAS POR DECUBITO Y COLOCACION DE SONDA VESICAL DE MANERA PERMANENTE.

LO QUE CERTIFICO EN HONOR A LA VERDAD Y PARA LOS FINES PERTINENTES.

Machala, 03 de Marzo del 2020

Dr. Raul Machado Fernández
MEDICINA FAMILIAR I
110276252-1
110276252-1

DR. RAUL MACHADO
MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL IESS MACHALA

