



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## 1. 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

### 2. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

### 3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

### 4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

### 5. INSTITUCIÓN DE SALUD

Código           Razón social: \_\_\_\_\_

### 6. TIPO DE DEFUNCIÓN

Fetal  No fetal

### 7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Año     Mes   Día

### 8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Hora   Minutos    Sin establecer

### 9. PAÍS DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO

### 10. 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?: \_\_\_\_\_

### 11. NÚMERO DE DOCUMENTO

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

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

### 13. SEXO DEL FALLECIDO

Masculino  Femenino  Indeterminado

### 14. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO

Año     Mes   Día

### 15. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO

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

### 16. TIPO DE EDAD DEL FALLECIDO

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

### 17. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO

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

### 18. LA OCUPACIÓN PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCIÓN

1. Si  2. No

### 18a. OCUPACIÓN HABITUAL

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

### 18b. TIPO DE ASOCIACIÓN

Accidente de trabajo  Trabajo para obtener ingresos (ocupación)  
 Enfermedad profesional

### 19. 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

### 20. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)

País de residencia \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

### 21. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)

Cabecera municipal Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad o comuna: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
 Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío): \_\_\_\_\_  
 Rural Disperso (vereda): \_\_\_\_\_

### 22. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO

Contributivo  Subsidiado  Excepción  Especial  No asegurado

### 23. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECÍA:

### 24. PROBABLE MANERA DE MUERTE

Natural  No Natural  
 En estudio

### 25. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR

Médico(a) Tratante  Médico(a) no Tratante  Médico(a) Legista  
 Personal de salud autorizado  Funcionario(a) del Registro Civil

## II. DEFUNCIONES FETALES O MENORES DE UN AÑO

### 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

### 29. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

Semanas  Sin información

### 30. PESO AL NACER DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

Gramos

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

### 31. PAÍS DE NACIMIENTO DE LA MADRE DEL FALLECIDO

### 32. IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE 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  Permiso de Protección Temporal  Adulto sin Identificar  
 Menor sin Identificar  Sin Información  Otro ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

### 33. NÚMERO DE DOCUMENTO

**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  En los últimos 42 días (6 semanas) antes de la muerte  
 Entre los 43 días y un año antes de la muerte  No  Sin información

42. ¿EL EMBARAZO CONTRIBUYÓ A LA MUERTE?

- Sí  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?

- Sí  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?

- Sí  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 morbo 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