



I. MUNICIPALIDAD DE CASABLANCA

CERTIFICADO N° 00438/2024

El Secretario Municipal de la I. Municipalidad de Casablanca, certifica que:

Con fecha 20 de agosto de 2024, concurrió a esta Secretaría Municipal la Sra. Paulina García González, Cédula Nacional de Identidad N° 7.517.011-4, en representación del “**CLUB DE ADULTA MAYOR BELLAS Y EMPODERADAS**” e informó fallecimiento de la Presidenta de la organización.

Su Directorio quedó compuesto de la siguiente manera:

DIRECTORIO TITULAR

PRESIDENTA	AGUSTINA CARMEN VERA SILVA	C.I.	9.398.594-K
SECRETARIA	PAULINA DEL CARMEN GARCÍA GONZÁLEZ	C.I.	7.517.011-4
TESORERA	CRISTINA ELISA SEPÚLVEDA LÓPEZ	C.I.	9.024.681-K

DIRECTORIO SUPLENTE

SUPLENTE	ALEJANDRA DELIA OLMEDO ÁLVAREZ	C.I.	9.178.965-5
SUPLENTE	ROSA MIRTA CORREA LIZAMA	C.I.	8.734.249-2

Se extiende el presente certificado con el fin de comunicar actualización de Directorio y envío de antecedentes al Servicio de Registro Civil e Identificación



LEONEL BUSTAMANTE GONZÁLEZ
Secretario Municipal
Secretaría Municipal

CASABLANCA, 20/08/2024

c.c.: Secretaría Municipal
Cristina Sepúlveda -
JRA



Documento firmado con Firma Electrónica Avanzada, el documento original disponible en:
<https://casablanca.ceropapel.cl/validar/?key=20032671&hash=05552>

Reunión 19 de Agosto 2024

Nos reunimos hoy después de mucho tiempo, ya que nos ocurrió una tremenda pérdida; Hoy seguieron las manifestaciones de tristeza. Buena ha fallecido, la Presidenta de nuestro Club de Adulto Mayor la Sra Elena Delgado. Esto fue el jueves 16 de Agosto.

Ella estuvo muy enferma este tiempo por lo tanto; Asumirá la Sra Agustina como Directiva o sea Presidenta.

Quedando la Directiva así:

Presidenta: Agustina Carmen Vera Silva
 Secretaria: Paulina del Carmen García Jorja
 Tesorera: Cristina Elise Sepúlveda López
 Suplentes

- 1) Agustina Carmen Vera Silva: 1º suplente pase a ser la Presidenta.
- 2) Alejandra Delia Olmedo Álvarez
- 3) Rosa Nurta Correa Lizama.

Se cierra la sesión de Bellas y Empoderada a las 16³⁰ hrs.

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)

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

2018624

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO <i>Elena Isabel Delgado Figueroa</i>				CÉDULA DE IDENTIDAD <i>09343671-7</i>			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <i>07 01 1961</i>		EDAD Años Cumplidos <i>63</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)							
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>15 08 2024</i>		HORA Hora Minutos <i>17 47</i>		Peso al nacer (grs)		Semanas gestación	
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>Clinica Miraflores</i>		COMUNA <i>Vina del Mar</i>	

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.				DURACION ENFERMEDAD		USO M. SALUD	
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)							
a) <i>Procurado 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>Insuficiencia Respiratoria</i> «Debida a» o «Como consecuencia de»							
c) _____							
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal) <i>Fibrosis pulmonar Arteritis pulmonar</i>							

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE <input checked="" type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación				EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE			
4: Exs. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos				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 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro <input type="checkbox"/> 4: Información de Matrona <input type="checkbox"/> 5: Testigos <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		FECHA CERTIFICADO Día Mes Año <i>15 08 2024</i>		Soc. Administradora Clínica Miraflores S.A. Rut: 70431710-3  Firma Médico y Sello Establecimiento	
Nombre Médico: <i>Luis Villalobos Villalobos</i>		Rut: <i>550766-6</i> Teléfono: <i>322389900</i>		Domicilio: <i>Los Pinos 276, Vina del Mar.</i>			

B.- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)				RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)			
INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel <input type="checkbox"/> 1: Superior <input type="checkbox"/> 2: Medio <input type="checkbox"/> 3: Secundario <input type="checkbox"/> 4: Básico o Primario <input type="checkbox"/> 5: Ninguno		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				ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada <input type="checkbox"/> V: Viuda			
Nombre de la Madre				HIJOS: Incluyendo presente inscripción Vivos Fallecidos Mortinatos Total		FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO 1.- Parto 2.- Aborto Día Mes Año	

2010-Hof.1 Dic. 2005 (COO. 0-100)