



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Certificado Electrónico de Defunción y de Muerte Fetal (CEDe) (CEMFe)

Dirección de Planeación y Desarrollo

<https://dpd.salud-oaxaca.gob.mx>





NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud

Certificado de Defunción

“Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho”.

Certificado de Muerte Fetal

“Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho”.

Acuerdo por el que se da a conocer los formatos de Certificado de Defunción y de Muerte Fetal, publicado en el DOF el 28 de diciembre de 2021

El Artículo Quinto, fracción I, establece que la versión electrónica del certificado de defunción y de muerte fetal se expedirá a través de un sistema electrónico único y exclusivo que formará parte del SEED, el cual es un componente del SINAIS, el cual será establecido y administrado por la DGIS, conforme al procedimiento que para tal efecto se dé a conocer en el DOF.



Antecedentes Implementación CEDe



CAPACITACIÓN NACIONAL	PRIMER CEDe EXPEDIDO	REUNIÓN JURISDICCIONES	PRIMER CEDe HOSP. AURELIO V. HOSP. IXTLÁN	COORDINACION ESTAL SESA	COORDINACION ESTAL SESA	COORDINACION ESTATAL DE EPIDEMIOLOGIA	HOSP. PRIVADOS Y MEDICOS PARTICULARES
Capacitación para el uso de la plataforma CEDe, participó Hospital Metropolitano y Materno Infantil, Dirección de Hospitales	Se expidió el primer Certificado Electrónico de Defunción (CEDe) en el Hospital Metropolitano	Se realizo reunión informativa con jurisdicciones sanitarias Revisaron procedimientos y tareas relacionadas al manual del SEED. Capacitación CEDe	Se capacito al primer hospital de los Servicios de Salud IMSS Bienestar para integrarse a la expedición del CEDe	-Coordinación de Jurisdicciones -Coordinación IMSS Ordinario -Coordinación IMSS Bienestar -Coordinación ISSSTE	-Coordinación PEMEX -Coordinación SEDENA,MARINA -Fiscalía General del Estado -Coordinación del Registro Civil.	Como parte del Comité para la Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad General, Materna e Infantil ,se dará a conocer las generalidades y el plan de implementación	Se programarán fechas para la capacitación e implementación del CEDe y para la generación de usuarios y contraseñas en cada una de las jurisdicciones sanitarias

ACTIVIDADES REALIZADAS





Implementación CEDe y CEMFe



- Los Servicios de Salud de Oaxaca, a través de las Jurisdicciones Sanitarias, serán responsables de la estrategia de capacitación de las unidades médicas que conforman el Sistema de Salud en el Estado de Oaxaca.
- Cada coordinación estatal, será responsable de capacitar a todo su universo de trabajo.





Implementación del CEDe y CEMFe

La Dirección de Planeación y Desarrollo capacita a las diferentes Instituciones de Salud y a las 06 Jurisdicciones Sanitarias, quienes replican las capacitaciones de acuerdo a sus competencias.

Jurisdicciones Sanitarias

1° Etapa:

- Hospitales (2do y 3er Nivel de Atención)

2° Etapa:

- Unidades Médicas 1er Nivel de Atención

3° Etapa:

- Clínicas y Médicos Particulares
- Autoridades Civiles
- Médicos Legistas

Instituciones de Salud

Establecimientos de Salud y Médicos
Certificantes de su competencia





Papel vs Electrónico



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LAS OTRAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
9999999999

1. NOMBRE DE LA CÉLULA FAMILIAR

Nombre	Apellido	Apellido	Apellido
1.1 NOMBRE DEL PADRE			
1.2 NOMBRE DE LA MADRE			
1.3 NOMBRE DEL HIJO			
1.4 NOMBRE DEL PADRE			
1.5 NOMBRE DE LA MADRE			
1.6 NOMBRE DEL HIJO			
1.7 NOMBRE DEL PADRE			
1.8 NOMBRE DE LA MADRE			
1.9 NOMBRE DEL HIJO			
1.10 NOMBRE DEL PADRE			
1.11 NOMBRE DE LA MADRE			
1.12 NOMBRE DEL HIJO			
1.13 NOMBRE DEL PADRE			
1.14 NOMBRE DE LA MADRE			
1.15 NOMBRE DEL HIJO			
1.16 NOMBRE DEL PADRE			
1.17 NOMBRE DE LA MADRE			
1.18 NOMBRE DEL HIJO			
1.19 NOMBRE DEL PADRE			
1.20 NOMBRE DE LA MADRE			
1.21 NOMBRE DEL HIJO			
1.22 NOMBRE DEL PADRE			
1.23 NOMBRE DE LA MADRE			
1.24 NOMBRE DEL HIJO			
1.25 NOMBRE DEL PADRE			
1.26 NOMBRE DE LA MADRE			
1.27 NOMBRE DEL HIJO			
1.28 NOMBRE DEL PADRE			
1.29 NOMBRE DE LA MADRE			
1.30 NOMBRE DEL HIJO			
1.31 NOMBRE DEL PADRE			
1.32 NOMBRE DE LA MADRE			
1.33 NOMBRE DEL HIJO			
1.34 NOMBRE DEL PADRE			
1.35 NOMBRE DE LA MADRE			
1.36 NOMBRE DEL HIJO			
1.37 NOMBRE DEL PADRE			
1.38 NOMBRE DE LA MADRE			
1.39 NOMBRE DEL HIJO			
1.40 NOMBRE DEL PADRE			
1.41 NOMBRE DE LA MADRE			
1.42 NOMBRE DEL HIJO			
1.43 NOMBRE DEL PADRE			
1.44 NOMBRE DE LA MADRE			
1.45 NOMBRE DEL HIJO			
1.46 NOMBRE DEL PADRE			
1.47 NOMBRE DE LA MADRE			
1.48 NOMBRE DEL HIJO			
1.49 NOMBRE DEL PADRE			
1.50 NOMBRE DE LA MADRE			
1.51 NOMBRE DEL HIJO			
1.52 NOMBRE DEL PADRE			
1.53 NOMBRE DE LA MADRE			
1.54 NOMBRE DEL HIJO			
1.55 NOMBRE DEL PADRE			
1.56 NOMBRE DE LA MADRE			
1.57 NOMBRE DEL HIJO			
1.58 NOMBRE DEL PADRE			
1.59 NOMBRE DE LA MADRE			
1.60 NOMBRE DEL HIJO			
1.61 NOMBRE DEL PADRE			
1.62 NOMBRE DE LA MADRE			
1.63 NOMBRE DEL HIJO			
1.64 NOMBRE DEL PADRE			
1.65 NOMBRE DE LA MADRE			
1.66 NOMBRE DEL HIJO			
1.67 NOMBRE DEL PADRE			
1.68 NOMBRE DE LA MADRE			
1.69 NOMBRE DEL HIJO			
1.70 NOMBRE DEL PADRE			
1.71 NOMBRE DE LA MADRE			
1.72 NOMBRE DEL HIJO			
1.73 NOMBRE DEL PADRE			
1.74 NOMBRE DE LA MADRE			
1.75 NOMBRE DEL HIJO			
1.76 NOMBRE DEL PADRE			
1.77 NOMBRE DE LA MADRE			
1.78 NOMBRE DEL HIJO			
1.79 NOMBRE DEL PADRE			
1.80 NOMBRE DE LA MADRE			
1.81 NOMBRE DEL HIJO			
1.82 NOMBRE DEL PADRE			
1.83 NOMBRE DE LA MADRE			
1.84 NOMBRE DEL HIJO			
1.85 NOMBRE DEL PADRE			
1.86 NOMBRE DE LA MADRE			
1.87 NOMBRE DEL HIJO			
1.88 NOMBRE DEL PADRE			
1.89 NOMBRE DE LA MADRE			
1.90 NOMBRE DEL HIJO			
1.91 NOMBRE DEL PADRE			
1.92 NOMBRE DE LA MADRE			
1.93 NOMBRE DEL HIJO			
1.94 NOMBRE DEL PADRE			
1.95 NOMBRE DE LA MADRE			
1.96 NOMBRE DEL HIJO			
1.97 NOMBRE DEL PADRE			
1.98 NOMBRE DE LA MADRE			
1.99 NOMBRE DEL HIJO			
1.100 NOMBRE DEL PADRE			

2. NOMBRE DEL DEFUNTO

3. NOMBRE DEL PADRE

4. NOMBRE DE LA MADRE

5. NOMBRE DEL HIJO

6. NOMBRE DEL PADRE

7. NOMBRE DE LA MADRE

8. NOMBRE DEL HIJO

9. NOMBRE DEL PADRE

10. NOMBRE DE LA MADRE

11. NOMBRE DEL HIJO

12. NOMBRE DEL PADRE

13. NOMBRE DE LA MADRE

14. NOMBRE DEL HIJO

15. NOMBRE DEL PADRE

16. NOMBRE DE LA MADRE

17. NOMBRE DEL HIJO

18. NOMBRE DEL PADRE

19. NOMBRE DE LA MADRE

20. NOMBRE DEL HIJO

21. NOMBRE DEL PADRE

22. NOMBRE DE LA MADRE

23. NOMBRE DEL HIJO

24. NOMBRE DEL PADRE

25. NOMBRE DE LA MADRE

26. NOMBRE DEL HIJO

27. NOMBRE DEL PADRE

28. NOMBRE DE LA MADRE

29. NOMBRE DEL HIJO

30. NOMBRE DEL PADRE

31. NOMBRE DE LA MADRE

32. NOMBRE DEL HIJO

33. NOMBRE DEL PADRE

34. NOMBRE DE LA MADRE

35. NOMBRE DEL HIJO

36. NOMBRE DEL PADRE

37. NOMBRE DE LA MADRE

38. NOMBRE DEL HIJO

39. NOMBRE DEL PADRE

40. NOMBRE DE LA MADRE

41. NOMBRE DEL HIJO

42. NOMBRE DEL PADRE

43. NOMBRE DE LA MADRE

44. NOMBRE DEL HIJO

45. NOMBRE DEL PADRE

46. NOMBRE DE LA MADRE

47. NOMBRE DEL HIJO

48. NOMBRE DEL PADRE

49. NOMBRE DE LA MADRE

50. NOMBRE DEL HIJO

51. NOMBRE DEL PADRE

52. NOMBRE DE LA MADRE

53. NOMBRE DEL HIJO

54. NOMBRE DEL PADRE

55. NOMBRE DE LA MADRE

56. NOMBRE DEL HIJO

57. NOMBRE DEL PADRE

58. NOMBRE DE LA MADRE

59. NOMBRE DEL HIJO

60. NOMBRE DEL PADRE

61. NOMBRE DE LA MADRE

62. NOMBRE DEL HIJO

63. NOMBRE DEL PADRE

64. NOMBRE DE LA MADRE

65. NOMBRE DEL HIJO

66. NOMBRE DEL PADRE

67. NOMBRE DE LA MADRE

68. NOMBRE DEL HIJO

69. NOMBRE DEL PADRE

DATOS DE LA DEFUNCIÓN con folio 19U000003E00

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO ELECTRÓNICO
DE DEFUNCIÓN**

Folio _____
Fecha/Hora de ocurrencia de la defunción _____

Nombre de la (del) fallecido/a _____

Fecha de nacimiento _____

Entidad de Nacimiento _____

Clave única de Registro de Población _____

Entidad de defunción _____

Firma electrónica de la (del) certificante _____

Sello electrónico de la Secretaría de Salud _____

Sello electrónico de la Unidad Médica _____

Cadena Original
60d5e00c-0675-458c-900f-
1949ebafbf10j24U00005fe0000001JCKXX9999
B9XXXXXXXRECIECNACIDOMARTINEZ
PEREZJ2507202403/08/2024 15:25XAJME
WEIR ROJOJ05/08/2024 14:55:199j

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Modelo 2017.1, 2022

Modelo 2022



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME 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

* Firma de conformidad de los datos de identificación de la (del) fallecido/a declarados en este documento

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Representación del CEDe



Requisitos para Establecimientos de Salud y Médicos Certificantes

- Todos los documentos deberán presentarse en **versión impresa** y **electrónica** en la **Jurisdicción Sanitaria** que corresponda, para la integración de los **expedientes**:
- Versión impresa: se deberá entregar toda la documentación solicitada en un folder por certificante. Deberán ser vigentes, legibles y con información completa y correcta.
- Versión digital: se deberá crear una carpeta digital por médico con la información de la **documentación original digitalizada** en formato de imagen (.jpg) o archivo PDF y **renombrarlas** de acuerdo al tipo de documento seguido del nombre del médico (ejemplo: “CARTA COMPROMISO GERARDO MÉNDEZ GUZMÁN”, “COMPROBANTE DE DOMICILIO GERARDO MÉNDEZ GUZMÁN”), e incluir todas las carpetas en un solo archivo comprimido (zip o rar). Asimismo, se deberá entregar archivo Excel con los datos requeridos.





e.firma **SAT** vigente



La **Clave FIEL (e.firma)** es de **uso estrictamente personal e intransferible**.

Cada médico es responsable de su resguardo y **no debe compartirla ni proporcionarla a terceros** bajo ningún motivo.

Contar con una Clave FIEL vigente es un **requisito indispensable** para la **certificación electrónica** dentro de la plataforma oficial.

El uso indebido o compartido de esta clave puede implicar **responsabilidades legales**, ya que la firma electrónica representa la **autorización y validación personal del profesional de la salud** ante los registros oficiales.





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Requisitos para Unidades Médicas de 1er, 2do y 3er nivel



Oficio de solicitud del CEDe y CEMFe



Clave CLUES



Datos del médico responsable del establecimiento de salud

DOCTORS				
NAME	SPECIALTY	ADDRESS	PHONE	ADDITIONAL INFO

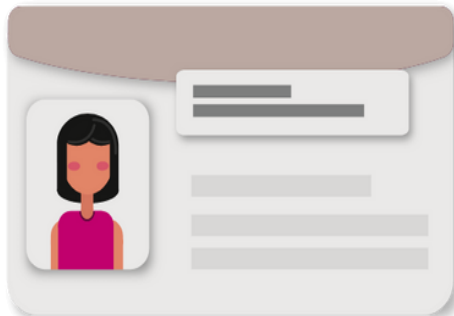
Listado de los Médicos certificantes



Correo electrónico de la clínica y del responsable de la clínica



Requisitos para Médicos de Unidades Médicas de 1er, 2do y 3er nivel



Identificación oficial vigente



CURP



Título y Cédula profesional



Constancia del curso correcto llenado
de Certificado de Defunción OPS

Carta Compromiso

Hernández Valladares Heidi Valeria 3^{ra} AM
PG
Chibi-chibi.98@hotmail.com

¿Quién soy? (Descripción gráfica)
Soy morena clara, alta de 1.70, mi cabello es largo y de color café, mis ojos son café obscuro.

¿Qué me gusta?
Los videojuegos, el básquet bol, la nieve, pastel, la biología, el espacio, dormir etc.

¿A qué me comprometo para obtener una buena calificación?
A poner todo de mi parte por entenderle a esta materia de programación orientada a objetos aunque no me guste.

¿Qué espero del grupo?
Nada

Carta compromiso



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Requisitos para Médicos de Unidades Médicas de 1er, 2do y 3er nivel



Comprobante de domicilio



Correo electrónico



Número de Teléfono





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Requisitos para Clínicas Particulares



Oficio de solicitud del CEDe y CEMFe



Clave CLUES



Aviso de funcionamiento



Comprobante de domicilio de la clínica



Foto fachada de la clínica



Geolocalización de la clínica





Requisitos para Clínicas Particulares



Número telefónico de la clínica
y del responsable de la clínica



Correo electrónico de la clínica
y del responsable de la clínica

Carta Compromiso

Hernández Valladares Heidi Valeria 3^{ra} AM"
PG
Chibi-chibi.98@hotmail.com

¿Quién soy? (Descripción gráfica)
Soy morena clara, alta de 1.70, mi cabello es largo y de color café, mis ojos son café oscuro.

¿Qué me gusta?
Los videojuegos, el básquet bol, la nieve, pastel, la biología, el espacio, dormir etc.

¿A qué me comprometo para obtener una buena calificación?
A poner todo de mí parte por entenderle a esta materia de programación orientada a objetos aunque no me guste.

¿Qué espero del grupo?

Carta compromiso



DOCTORS				
NAME	SPECIALTY	ADDRESS	PHONE	ADDITIONAL DATA

Listado de médicos certificantes

Médico responsable de la clínica





Requisitos para Médicos de las Clínicas Particulares



Título y cédula profesional



Constancia del curso correcto llenado de Certificado de Defunción OPS

Carta Compromiso

Hernández Valladares Heidi Valeria
PG
3"AM"
Chibi-chibi.98@hotmail.com

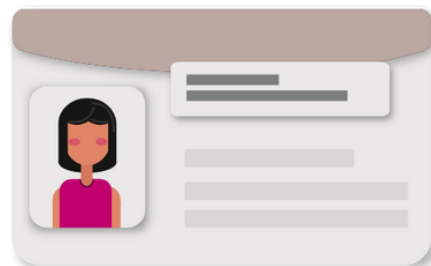
¿Quién soy? (Descripción gráfica)
Soy morena clara, alta de 1.70, mi cabello es largo y de color café, mis ojos son café obscuro.

¿Qué me gusta?
Los videojuegos, el básquet bol, la nieve, pastel, la biología, el espacio, dormir etc.

¿A qué me comprometo para obtener una buena calificación?
A poner todo de mi parte por entenderle a esta materia de programación orientada a objetos aunque no me guste.

¿Qué espero del grupo?
Nada.

Carta compromiso



Identificación oficial vigente



CURP



Requisitos para Médicos de las Clínicas Particulares



Fotografía reciente



Comprobante de domicilio



Correo electrónico del médico y de la clínica



Número telefónico del médico y de la clínica





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Requisitos para Médicos y Consultorios Particulares



Oficio de solicitud del CEDe y CEMFe

Carta Compromiso

Hernández Valladares Heidi Valeria
PG
3"AM"

Chibi-chibi.98@hotmail.com

¿Quién soy? (Descripción gráfica)
Soy morena clara, alta de 1.70, mi cabello es largo y de color café, mis ojos son café oscuro.

¿Qué me gusta?
Los videojuegos, el básquet bol, la nieve, pastel, la biología, el espacio, dormir etc.

¿A qué me comprometo para obtener una buena calificación?
A poner todo de mi parte por entenderle a esta materia de programación orientada a objetos aunque no me guste.

¿Qué espero del grupo?
Nada.

Carta compromiso



Aviso de funcionamiento



Foto de la fachada del consultorio médico



Geolocalización del consultorio o del domicilio



Comprobante de domicilio



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

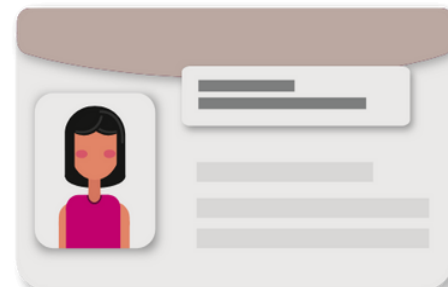
Requisitos para Médicos y Consultorios Particulares



Título y cédula profesional



Constancia del curso correcto llenado de Certificado de Defunción OPS



Identificación oficial vigente



CURP



Fotografía reciente



Requisitos para Médicos y Consultorios Particulares



Número telefónico del Médico



Correo electrónico





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Liga curso correcto llenado del certificado de defunción

<https://campus.paho.org/es/curso/CorrectoLlenado-CertifDefuncion>

RELAC SIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS
SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

GERARDO MENDEZ GUZMAN

ha participado y aprobado el Curso Virtual:
Correcto llenado del Certificado de Defunción

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública
20 de diciembre de 2024
Horas: 3 horas

Constancia del curso correcto llenado de Certificado de Defunción OPS





Aviso de funcionamiento





Plataforma CEDe y CEMFe



Internet con velocidad
mínima de 20 mbps





Plataforma CEDe y CEMFe

<https://sinba.salud.gob.mx>

The screenshot shows a Google search interface with the search bar containing 'SINBA 2.0'. Below the search bar, the 'Todo' tab is selected. The search results for 'sinba' are displayed, showing the URL 'https://sinba.salud.gob.mx' and the title 'SINBA-SINAIS HOME'. Below this, a list of states is shown: AGUASCALIENTES, BAJA CALIFORNIA, BAJA CALIFORNIA SUR, CAMPECHE, COAHUILA, COLIMA, CHIAPAS, CHIHUAHUA, CIUDAD DE MÉXICO, and DURANGO. A list of search results follows, each with a title and a description, and a right arrow indicating more results. The results are: 'SIS-SEUL Estado de México ...', 'SIS-SEUL Veracruz SINBA v2.0', 'SIS-SEUL Guanajuato SINBA ...', 'SIS-SEUL Guerrero SINBA v2.0', and 'SIS-SEUL Puebla SINBA v2.0'. At the bottom, there is a link to 'Más resultados de salud.gob.mx »'.

Google SINBA 2.0

Modo IA Todo Shopping Videos Imágenes Noticias Videos cortos Más Herramientas

sinba
https://sinba.salud.gob.mx

SINBA-SINAIS HOME

SINBA 2.0 Certificados. AGUASCALIENTES · BAJA CALIFORNIA · BAJA CALIFORNIA SUR · CAMPECHE · COAHUILA · COLIMA · CHIAPAS · CHIHUAHUA · CIUDAD DE MÉXICO · DURANGO ...

SIS-SEUL Estado de México ...
SIS-SEUL Estado de México. Sistema Nacional de ...

SIS-SEUL Veracruz SINBA v2.0
SIS-SEUL Veracruz. Sistema Nacional de Información Básica ...

SIS-SEUL Guanajuato SINBA ...
SIS-SEUL Guanajuato. Sistema Nacional de Información Básica ...

SIS-SEUL Guerrero SINBA v2.0
SIS-SEUL Guerrero. Sistema Nacional de Información Básica ...

SIS-SEUL Puebla SINBA v2.0
SIS-SEUL Puebla. Sistema Nacional de Información Básica ...

Más resultados de salud.gob.mx »



Plataforma CEDe y CEMFe

<https://sinba.salud.gob.mx>

Sistemas de información en salud

Conjunto de componentes o módulos que integran las actividades derivadas del proceso de atención a la salud y prestación de servicios, incluyendo los daños a la salud (morbilidad y mortalidad), nacimientos, población y cobertura, además de los recursos humanos, de infraestructura, materiales y financieros; con el propósito de producir y difundir información estadística, la que es sustento del proceso para la toma de decisiones.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Plataforma CEDe



DGIS

Ingreso al sistema v. 2.1.6 19/12/2024 0845

Usuario: GERARDO.GUZMAN

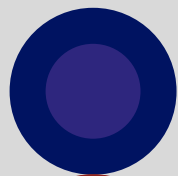
Contraseña: *****

Entrar

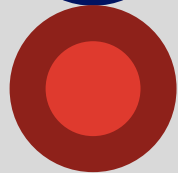




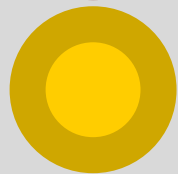
Estatus del CEDe



CEDe Expedido



CEDe Cancelado



CEDe Verificado





Perfiles de Usuario del CEDe

sinba08qa.salud.gob.mx

(31 no leído) - eulalio.chavez@saludnl.gob.mx

Selección de perfil

GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DGIS

Selección de red

Selecciona el perfil con el que deseas ingresar

	Institución	Entidad	Jurisdicción	Unidad médica	Permisos
☐	SECRETARIA DE SALUD	OAXACA	SIERRA	9998	FUM
☐	SECRETARIA DE SALUD	OAXACA	VALLES CENTRALES	OCIMB006826	CER
☐	IMSS	OAXACA	NO ESPECIFICADO	OCIMS000136	CER

SeleccionarPerfil



Principal ▾ Certificado electrónico de Defunción ▾ Herramientas ▾

Certificado electrónico de Defunción ✕

Bandeja de búsqueda del Certificado electrónico de Defunción

Número de folio del certificado de defunción

CURP

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha Nacimiento del fallecido



Fecha de defunción



Buscar

Limpiar

ID	Estatus	Folio	CURP	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha defunción
☒		19U00013E00000057					07/01/2025
☐		19U00013E00000056					07/01/2025
☐		19U00013E00000052					06/01/2025
☐		19U00013E00000047					06/01/2025
☐		19U00013E00000046					06/01/2025
☐		19U00013E00000045					03/01/2025

Abrir

Quitar codificación

Ant. Pág

Sig. Pág

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)



Estatus del CEDe



Principal ▾

Certificado electrónico de Defunción ▾

Herramientas ▾

Certificado electrónico de Defunción ✕

Bandeja de búsqueda del Certificado electrónico de Defunción

Número de folio del certificado de defunción

CURP

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha Nacimiento del fallecido

Fecha de defunción

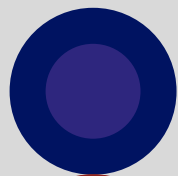
Buscar

Limpiar

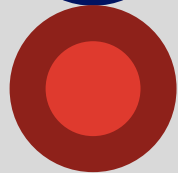




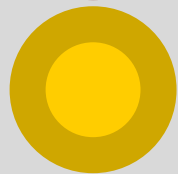
Estatus del CEDe



CEDe Expedido



CEDe Cancelado



CEDe Verificado





Plataforma CEDe

Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)





Certificado Electrónico de Defunción

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME 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

DATOS DE LA DEFUNCIÓN con folio 19U00013E00000052			
1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)		2. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido	
NUEVO LEÓN		NUEVO LEÓN	
3. ¿SE LE RECONOCE COMO AFROMEXICANA/O? NO		4. ¿SE CONSIDERA INDÍGENA? NO	
5. NACIONALIDAD MÉXICO		6. EDAD CUMPLIDA 61 AÑOS	
7. RESIDENCIA HABITUAL CALLE 230		8. ¿HABÍA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? NO - NO APLICA	
9. TIPO DE ASENTAMIENTO 12.5 Tipo de Asentamiento 12.6 Nombre del Asentamiento humano 12.7 Código Postal 12.8 Localidad		10. EDAD CUMPLIDA 10.1 Folio del CN 10.2 Sexo 10.3 Sexo (Masculino)	
11. SITUACIÓN CONYUGAL DIVORCIADO(A)		12. SITUACIÓN CONYUGAL DIVORCIADO(A)	
13. EROLARIDAD 13.1 EROLARIDAD 13.2 EROLARIDAD 13.3 EROLARIDAD		14. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 14.1 Tipo de afiliación 14.2 Nombre de la institución 14.3 Código Postal 14.4 Localidad	
15. NOMBRE 15.1 Nombre 15.2 Nombre 15.3 Nombre		16. PARENTESCO 16.1 Parentesco 16.2 Parentesco	
17. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE		18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE	
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SECRETARÍA DE SALUD		20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN CALLE 4000 4000	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21.1 Fecha 21.2 Hora		22. TIPO DE DEFUNCIÓN 22.1 Tipo de defunción 22.2 Tipo de defunción	
23. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 23.1 Causa 23.2 Causa		24. TIPO DE DEFUNCIÓN 24.1 Tipo de defunción 24.2 Tipo de defunción	
25. TIPO DE DEFUNCIÓN 25.1 Tipo de defunción 25.2 Tipo de defunción		26. TIPO DE DEFUNCIÓN 26.1 Tipo de defunción 26.2 Tipo de defunción	
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? NO		28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? NO		30. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?	
31. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?		32. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?	
33. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?		34. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?	
35. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?		36. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO?	
37. CERTIFICADA POR OTRO MEDICO		38. CERTIFICADA POR OTRO MEDICO	
39. NOMBRE 39.1 Nombre 39.2 Nombre		40. NOMBRE 40.1 Nombre 40.2 Nombre	
41. DOMICILIO Y TELEFONO 41.1 Tipo de Asentamiento 41.2 Nombre del Asentamiento humano 41.3 Código Postal 41.4 Localidad		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07/01/2025	

Firma de conformidad de los datos de identificación de la (del) fallecido/a declarados en este documento. Copia para el expediente

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE DEFUNCIÓN	
Folio	Fecha/Hora de ocurrencia de la defunción
Nombre de la (del) fallecida/o	
Fecha de nacimiento	Entidad de Nacimiento
Sexo	Clave Única de Registro de Población
Nacionalidad	Entidad de defunción
Firma electrónica de la (del) certificante	
Sello electrónico de la Secretaría de Salud	
Sello electrónico de la Unidad Médica	
Cadena Original	



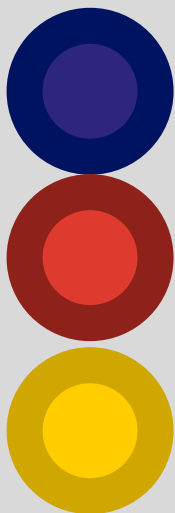
Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Datos de la Defunción
Versión Completa

Representación del CEDe



Estatus del CEDe



[Abrir](#)[Nuevo](#)[Generar nuevo a partir de cancelado](#)[Cancelar Ced](#)[Datos de la Defunción \(.pdf\)](#)[Representación del CEDe \(.pdf\)](#)

Principal ▾ Certificado electrónico de Defunción ▾

Certificado electrónico de Defunción ✕

Captura de Defunciones ✕

MORDEL09-1-19-02-9999999999-NLSSA004046. 1.0 19/12/2024_1150

DE LA (DEL) FALLECIDA/O

Persona desconocida ☐

5. Clave Única de Registro de Población (CURP)

1. Nombre(s) de la (del) fallecido

Primer apellido

Segundo apellido

2. Fecha nacimiento

3. SEXO

¿Nació en el extranjero?

☐

País de nacimiento

4. Entidad de nacimiento

6. ¿Se le reconocía como afromexicana/o?

7. ¿Se consideraba indígena?

8. ¿Hablaba alguna lengua indígena?

Especifique lengua indígena hablada

9. Nacionalidad

País nacionalidad

Clave de Edad

10. Edad Cumplida

Para menores de 28 días anote:

10.1. Folio del Certificado de Nacimiento

10.2 Semanas de gestación

10.3 Peso al nacer (gramos)

11. Situación conyugal

12. RESIDENCIA HABITUAL

¿Reside en el extranjero?

☐

País de residencia

12.10 Entidad federativa

12.9 Municipio o alcaldía

12.8 Localidad

Se ignora CP

☐

12.7 Código Postal

12.1 Tipo de vialidad

12.2 Nombre de la vialidad

12.3 Número Exterior

12.4 Núm. interior

12.5 Tipo de asentamiento humano

12.6 Nombre del asentamiento humano



Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

26 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir-ejemplo por paro cardíaco, asenia etc.)

Parte I (Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente)

Descripción

SEPSIS

Código CIE

A419

Código CIE

Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador

NEUMONIA NO ESPECIFICADA

Código CIE

J189

Código CIE

Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Código CIE

Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

Código CIE

Código CIE

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción

Clave de tiempo

DÍAS

Tiempo

19

DÍAS

19

2. Fecha nacimiento

27/09/1988

3. SEXO

MUJER

Clave de Edad

AÑOS

10. Edad Cumplida

36

Parte II (Otros estados patológicos significativos que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo)

HIPERTENSION MATERNA

Código CIE

Código CIE

Código CIE

Uso exclusivo del personal codificador

O16X

MESES

4

30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN CÓDIGO CIE

O16X

HIPERTENSIÓN MATERNA, NO ESPECIFICADA





Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)



28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante :

43 DÍAS A 11 MESES D

28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

NO

28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI

¿Es una posible muerte materna?

NO

29. ¿La(El) fallecida/o presentó muerte encefálica?

NO

29.1 ¿Fue donadora/or de órganos?

NO APLICA





Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

ACCIDENTAL O VIOLENTA

31. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

NO APLICA

32. Lugar donde ocurrió la lesión

NO APLICA

33. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número

34. Relación de la (del) presunta/o agresora/or con la (el) fallecida/o

NO APLICA

35. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión



¿Quién,
Qué,
Cómo,
Dónde?





Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

41. DOMICILIO Y TELÉFONO

41.10 Entidad federativa

19 - NUEVO LEON

41.9 Municipio

046 - SAN NICOLAS DE LOS GARZA

41.8 Localidad

SAN NICOLAS DE LOS GARZA - 0001

Se ignora CP

☐

41.7 Código Postal

66480

41.1 Tipo de vialidad

5 - CALLE

41.2 Nombre de la vialidad

ADOLFO LÓPEZ MATEOS

41.3 Número Exterior

4600 4600

41.4 Núm. interior

41.5 Tipo de asentamiento

7 - COLONIA

41.6 Nombre del asentamiento

BOSQUES DEL NOGALAR

41.11 Teléfono

Validar Información

Firmado del CED

Selecciona el archivo cer:

Seleccionar archivo

Ningún archivo seleccionado

Selecciona el archivo key:

Seleccionar archivo

Ningún archivo seleccionado

Contraseña:

.....

Firmar CED



Plataforma CEDe

Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD

IDALIA

HERNANDEZ

39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O (Número de la Profesional)

4968905

41. DOMICILIO Y TELÉFONO

41.10 Entidad federativa

20 - OAXACA

41.9 Municipio

067 - OAXACA

41.1 Tipo de vialidad

5 - CALLE

41.2 Tipo de vía

PEN

41.5 Tipo de asentamiento

7 - COLONIA

41.6 Tipo de zona

REP

Firmado del CED

Errores de validación

Hubo errores de validación en la pantalla actual:
Existen errores de valores obligatorios:
practicoNecropsia

cerrar

DGIS

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows





Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

FEMENINO 23 AÑOS; NO SE REQUISITO EL RUBRO 28
(MUJER 10-54 AÑOS)

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://sinba08qa.salud.gob.mx/CEDe/contenedorPrincipal.zul>. The page displays a form for data entry, with a modal window titled "Errores de validación" (Validation Errors) overlaid. The modal contains the following text:

Hubo errores de validación en la pantalla actual:

Existen errores de valores obligatorios:

- ocurrioDuranteEmbarazo
- causaPropiaEmbarazo
- causaComplicoEmbarazo
- posibleMuerteMaterna
- muerteEncefalica
- donador

The background form shows fields for "IDALIA" and "HERNANDEZ", a "39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de Profesional)" field with the value "4960905", and a "41. DOMICILIO Y TELÉFONO" section with fields for "41.10 Entidad federativa", "41.11 Tipo de localidad", and "41.15 Tipo de asentamiento". There is also a "Firmado del CED" field.



Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

Hubo errores de validación en la pantalla actual:

Existen errores de valores obligatorios
ocurrioDuranteEmbarazo
causaPropiaEmbarazo
causaComplicoEmbarazo
posibleMuerteMaterna
MuerteEncefalica
donador





Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

**GOBIERNO DE MÉXICO**
SECRETARÍA DE SALUD

DGIS

DE LA(DEL) CERTIFICANTE

37. CERTIFICADO POR
3 - OTRA/O MÉDICA/O

Especifique
MEDICO CERTIFICAN

38. Nombre
IDALIA

Primer apellido
HERNANDEZ

39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O (Número de la Cédula Profesional)
4968905

41. DOMICILIO Y TELÉFONO

41.10 Entidad federativa
20 - OAXACA

41.9 Municipio
067 - OAXACA DE JUAREZ

41.8 Localidad
OAXACA DE JUAREZ - 0001

Se ignora CP
☐

41.7 Código Postal
68050

41.1 Tipo de vialidad
5 - CALLE

41.2 Nombre de la vialidad
PENSAMIENTOS

41.3 Número Exterior
405

41.4 Núm. interior

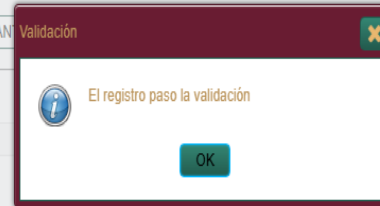
41.5 Tipo de asentamiento
7 - COLONIA

41.6 Nombre del asentamiento
REFORMA

41.11 Teléfono
9513223802

Validar Información

Firmado del CED



Activar Windows



Plataforma CEDe

Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

← ↻ 🔒 https://sinba08qa.salud.gob.mx/CEDe/contenedorPrincipal.zul 🔍 ⋮ ☆ ⋮ 🌐 Actualizar ⋮ 🌈

GOBIERNO DE MÉXICO **SALUD** **DGIS**

IDALIA HERNANDEZ REYES

39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O (Número de la Cédula Profesional)

4968905

41. DOMICILIO Y TELÉFONO

41.10 Entidad federativa 41.9 Municipio 41.8 Localidad Se ignora CP 41.7 Código Postal

20 - OAXACA 067 - OAXACA DE JUAREZ OAXACA DE JUAREZ - 0001 ☐ 68050

41.1 Tipo de vialidad 41.2 Nombre de la vialidad 41.3 Número Exterior 41.4 Núm. interior

5 - CALLE PENSAMIENTOS 405

41.5 Tipo de asentamiento 41.6 Nombre del asentamiento 41.11 Teléfono

7 - COLONIA REFORMA 9513223802

Validar Información

Firmado del CED

Selecciona el archivo cer: Elegir archivo heri790221u96.cer

Selecciona el archivo key: Elegir archivo Claveprivad..._093212.key

Contraseña: 🔍

Firmar CED

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows



Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

Principal ▾ Certificado electrónico de Defunción ▾ Herramientas ▾

Certificado electrónico de Defunción ✕

Bandeja de búsqueda del Certificado electrónico de Defunción

Número de folio del certificado de defunción

CURP

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha Nacimiento del fallecido

Fecha de defunción

Buscar

Limpiar

ID	Estatus	Folio	CURP	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha defunción
☒						MARTINEZ	07/01/2025
☐						QUIÑONES	07/01/2025
☐						RODRIGUEZ	06/01/2025
☐						CASTILLO	06/01/2025
☐						GARCIA	06/01/2025
☐						LOPEZ	03/01/2025



Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

Principal ▾ Certificado electrónico de Defunción ▾ Herramientas ▾

Certificado electrónico de Defunción ✕

Consulta de Defunciones ✕

FOLIO

Folio del Certificado de Defunción

19U00013E00000059

Fecha de Certificación

08/01/2025

Estatus del CEDe

EXPEDIDO

DE LA(DEL) FALLECIDA/O

Persona desconocida

NO

5. Clave Única de Registro de Población (CURP)

1. Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

2. Fecha nacimiento

3. SEXO

País de nacimiento

4. Entidad de nacimiento

MUJER

MÉXICO

NUEVO LEON

6. ¿Se le reconocía como afromexicana/o?

NO

7. ¿Se consideraba indígena?

NO

8. ¿Hablaba alguna lengua indígena?

NO

Lengua indígena hablada

NO APLICA

9. Nacionalidad

País nacionalidad

Clave de Edad

10. Edad Cumplida

MEXICANA

MÉXICO

AÑOS

86

Para menores de 28 días anote:

10.1. Folio del Certificado de Nacimiento

10.2. Semanas de gestación

10.3. Peso al nacer (gramos)

11. Situación conyugal

VIUDO(A)

Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

Certificado electrónico de Defunción

Bandeja de búsqueda del Certificado electrónico de Defunción

Número de folio del certificado de defunción

CURP

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha Nacimiento del fallecido

Fecha de defunción

Buscar

Limpiar

ID	Estatus	Folio	CURP	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha defunción	C. Básica
☐		19U00013E000000059					08/01/2025	
☐		19U00013E000000058					07/01/2025	
☒		19U00013E000000057					07/01/2025	
☐		19U00013E000000056					07/01/2025	
☐		19U00013E000000052					06/01/2025	
☐		19U00013E000000047					06/01/2025	





Plataforma CEDe

Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

Principal ▾ Certificado electrónico de Defunción ▾ Herramientas ▾

Certificado electrónico de Defunción ✕

Bandeja de búsqueda del Certificado electrónico de Defunción

Número de folio del certificado de defunción

CURP

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Fecha Nacimiento del fallecido

Fecha de defunción

Buscar

Limpiar

ID	Estatus	Folio	CURP	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha defunción	C. Básica
☐		19U00013E000000059					08/01/2025	
☐		19U00013E000000058					07/01/2025	
☒		19U00013E000000057					07/01/2025	
☐		19U00013E000000056					07/01/2025	
☐		19U00013E000000052					06/01/2025	
☐		19U00013E000000047					06/01/2025	

[Abrir](#)[Nuevo](#)[Generar nuevo a partir de cancelado](#)[Cancelar Ced](#)[Datos de la Defunción \(.pdf\)](#)[Representación del CEDe \(.pdf\)](#)

Principal ▾ Certificado electrónico de Defunción ▾ Herramientas ▾

Certificado electrónico de Defunción ✕ Consulta de Defunciones ✕

FOLIO

Folio del Certificado de Defunción

19U00013E000000059

Fecha de Certificación

08/01/2025

Estatus del CEDe

CANCELADO

DE LA(DEL) FALLECIDA/O

Persona desconocida

NO

5. Clave Única de Registro de Población (CURP)

REEC381121MNLVSC06

1. Nombre

CECILIA

Primer apellido

REYNA

Segundo apellido

ESMERALDA

2. Fecha nacimiento

21/11/1938

3. SEXO

MUJER

País de nacimiento

MÉXICO

4. Entidad de nacimiento

NUEVO LEON

6. ¿Se le reconocía como afromexicana/o?

NO

7. ¿Se consideraba indígena?

NO

8. ¿Hablaba alguna lengua indígena?

NO

Lengua indígena hablada

NO APLICA

9. Nacionalidad

MEXICANA

País nacionalidad

MÉXICO

Clave de Edad

AÑOS

10. Edad Cumplida

86

Para menores de 28 días anote:

10.1. Folio del Certificado de Nacimiento

10.2 Semanas de gestación

10.3 Peso al nacer (gramos)

11. Situación conyugal

VIUDO(A)



Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME 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

DATOS DE LA DEFUNCIÓN con folio 19U00013E00000052			
1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
NUEVO LEON		NUEVO LEON	NUEVO LEON
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
NUEVO LEON			
6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANO(A)? NO			
7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA? NO			
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? NO - NO APLICA			
9. NACIONALIDAD MEXICANA - MEXICO		10. EDAD CUMPLIDA 67 AÑOS	10.1 Folio del CN 10.2 Sem. Gest. 10.3. Peso (Gramos)
11. SITUACIÓN CONYUGAL DIVORCIADO(A)			
10. RESIDENCIA HABITUAL			
CALLE		JA7/MIN	230
12.1 Tipo de vivienda		12.2 Nombre de la vivienda	12.3 Núm. Ext. 12.4 Núm. Int.
12.5 Tipo de Asentamiento		12.6 Nombre del Asentamiento humano	12.7 Código Postal
APODACA		NUEVO LEON	12.8 Localidad
12.9 Municipio o alcaldía		12.10 Entidad federativa o país	
13. ESCOLARIDAD			
13.1 Nivel de escolaridad		13.2 Grado de escolaridad	13.3 Año de escolaridad
SECUNDARIA COMPLETA		NO	OTRA
14. OCUPACIÓN HABITUAL			
14.1 Trabajaba		14.2 Ocupación	14.3 Núm de afiliación
NO OCUPADOS		OTRA	0101940
15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
OTRA			
16. NOMBRE			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
NUEVO LEON		NUEVO LEON	NUEVO LEON
17. PARENTESCO HUEVO			
18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE			
HUEVO			
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
SECRETARIA DE SALUD		HOSPITAL METROPOLITANO	NISSA000406
20.1 Tipo de vivienda		20.2 Nombre de la unidad médica	20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int.
CALLE		ADOLFO LOPEZ MATEOS	4600 4600
20.5 Tipo de Asentamiento		20.6 Nombre del Asentamiento humano	20.7 Código Postal
SAN NICOLAS DE LOS GARZA		NUEVO LEON	20.8 Localidad
20.9 Municipio o alcaldía		20.10 Entidad federativa	
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			
21.1 Fecha		21.2 Hora	21.3 Motivo
06/01/2025 22:07		SI	NO
22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
SI			
23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?			
NO			
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? NO			
25. TIPO DE DEFUNCIÓN ENFERMEDAD			
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción			
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
Parte I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a)		12 HORAS	
b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		1 DÍAS	
c) EDEMA AGUDO DE PULMON		9 DÍAS	
d) ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AGUDIZADA			
e) ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AGUDIZADA			
Parte II Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que sí presencia contribuyeron a la defunción			
DIABETES MELLITUS TIPO II - 909 SE IGNORA			
27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? NO			
28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			
28.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: NO APLICA		28.2 ¿Las causas anatómicas complicaron el embarazo, parto o puerperio? NO APLICA	
28.3 ¿Las causas anatómicas complicaron el embarazo, parto o puerperio? NO APLICA		28.4 ¿Fue donador de órganos? NO APLICA	
29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? NO			
30. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO			
PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO			
31. OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO NO APLICA			
32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN			
PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO			
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO			
PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO			
34. RELACIÓN DE LA (DEL) AGRESOR CON LA (EL) FALLECIDO(A) NO APLICA			
35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN			
NO APLICA			
36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN			
36.1 Tipo de vivienda		36.2 Nombre de la vivienda	36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int.
NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA
36.5 Tipo de Asentamiento		36.6 Nombre del Asentamiento humano	36.7 Código Postal
NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA
36.8 Municipio o alcaldía		36.9 Entidad federativa	36.8 Localidad
37. CERTIFICADA POR: OTRO/A MÉDICO/A			
38. NOMBRE			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
NUEVO LEON		NUEVO LEON	NUEVO LEON
39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A			
Número de la cédula profesional			
40.1 Tipo de vivienda			
40.2 Nombre de la vivienda			
40.3 Núm. Ext. 40.4 Núm. Int.			
40.5 Tipo de Asentamiento			
40.6 Nombre del Asentamiento humano			
40.7 Código Postal			
40.8 Localidad			
40.9 Municipio o alcaldía			
40.10 Entidad federativa			
40.11 Teléfono			
41. DOMICILIO Y TELEFONO			
41.1 Tipo de vivienda			
41.2 Nombre de la vivienda			
41.3 Núm. Ext. 41.4 Núm. Int.			
41.5 Tipo de Asentamiento			
41.6 Nombre del Asentamiento humano			
41.7 Código Postal			
41.8 Localidad			
41.9 Municipio o alcaldía			
41.10 Entidad federativa			
41.11 Teléfono			
42. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07/01/2025			

* Firma de conformidad de los datos de identificación de la (del) fallecido/a declarados en este documento. Copia para el expediente



Exclusivo del Expediente



Versión Completa

Abrir

Nuevo

Generar nuevo a partir de cancelado

Cancelar Ced

Datos de la Defunción (.pdf)

Representación del CEDe (.pdf)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN

36.9 Municipio o alcaldía			36.10 Entidad federativa	
37. CERTIFICADA POR: OTRA/O MÉDICA/O			*Especifique: ADMINISTRATIVO	
38. NOMBRE			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICA/O	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Número de la cédula profesional	
41. DOMICILIO Y TELÉFONO	CALLE	ADOLFO LÓPEZ MATEOS	4600 4600	
	41.1 Tipo de vialidad	41.2 Nombre de la vialidad	41.3 Núm. Ext.	41.4 Núm. Int.
COLONIA	BOSQUES DEL NOGALAR	66480	SAN NICOLAS DE LOS GARZA	
41.5 Tipo de Asentamiento	41.6 Nombre del Asentamiento humano	41.7 Código Postal	41.8 Localidad	
SAN NICOLAS DE LOS GARZA		NUEVO LEON		
*1.9 Municipio o alcaldía		41.10 Entidad federativa		
41.11 Teléfono		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24/12/2024		

* Firma de conformidad de los datos de identificación de la (del) fallecida/o delcarados en este documento.

Copia para el expediente

Recibí representación impresa del Certificado Electrónico de Defunción. 27 de diciembre de 2024.

José García Cantú



DATOS DE LA DEFUNCIÓN con folio 19U00013E00000052				
DE LA DEFUNCIÓN	1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO(A)		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
	Nombre(s)		Primer Apellido	
	Segundo Apellido		NUEVO LEON	
	6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O?		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA?	
	NO		NO	
	8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		NO - NO APLICA	
	9. NACIONALIDAD		10. EDAD CUMPLIDA	
	MEXICANA - MEXICO		67 AÑOS	
	10. RESIDENCIA HABITUAL		11. SITUACIÓN CONYUGAL	
	CALLE		DIVORCIADO(A)	
12.1 Tipo de vivienda		12.2 Nombre de la vivienda		
12.3 Núm. Ext.		12.4 Núm. Int.		
12.5 Tipo de Asentamiento		12.6 Nombre del Asentamiento humano		
12.7 Código Postal		12.8 Localidad		
12.9 Municipio o alcaldía		12.10 Entidad federativa o país		
13. ESCOLARIDAD		14.1 Trabajaba		
SECUNDARIA COMPLETA		NO		
14. OCUPACIÓN HABITUAL		15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
NO OCUPADOS		OTRA		
15.1 Núm. de afiliación		0101940		
16. NOMBRE		17. PARENTESCO		
Nombre(s)		HIJO(A)		
Primer Apellido		Segundo Apellido		
19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		HOSPITAL METROPOLITANO		
SECRETARÍA DE SALUD		19.1 Nombre de la unidad médica		
CALLE		4600 4600		
20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		20.1 Tipo de vivienda		
20.2 Nombre de la vivienda		20.3 Núm. Ext.		
20.4 Núm. Int.		20.5 Tipo de Asentamiento		
20.6 Nombre del Asentamiento humano		20.7 Código Postal		
20.8 Localidad		20.9 Municipio o alcaldía		
20.10 Entidad federativa		20.11 Entidad federativa		
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
06/01/2025 22:07		SI		
23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?		23.1 Motivo:		
NO		NO		
24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?		25. TIPO DE DEFUNCIÓN ENFERMEDAD		
NO		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción		
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		12 HORAS		
Parte I		1 DÍAS		
a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		9 DÍAS		
Debido a (o como consecuencia de)		d) DEFERENCIA RITUAL CRÓNICA AGUDIZADA		
Debido a (o como consecuencia de)		DIABETES MELLITUS TIPO II - 999 SE IGNORA		
Parte II		27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción		NO		
28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		
NO		NO APLICA		
28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
NO		NO APLICA		
29. ¿LA (EL) FALLECIDO(A) PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA?		29.1 ¿Fue donador de órganos?		
NO		NO APLICA		
31. ¿OCCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?		32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN		
NO APLICA		NO APLICA		
34. RELACIÓN DE LA (DEL) AGRESOR CON LA (EL) FALLECIDO(A)		33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:		
NO APLICA		NO APLICA		
35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN		36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN		
NO APLICA		36.1 Tipo de vivienda		
36.2 Nombre de la vivienda		36.3 Núm. Ext.		
36.4 Núm. Int.		36.5 Tipo de Asentamiento		
36.6 Nombre del Asentamiento humano		36.7 Código Postal		
36.8 Localidad		36.9 Municipio o alcaldía		
36.10 Entidad federativa		36.11 Entidad federativa		
37. CERTIFICADA POR: OTRO/A MÉDICO/A		*Especifique: MÉDICO DE GUARDIA		
38. NOMBRE		39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A		
Nombre(s)		Número de la cédula profesional		
Primer Apellido		40. DOMICILIO Y TELÉFONO		
Segundo Apellido		41.1 Tipo de vivienda		
CALLE		41.2 Nombre de la vivienda		
41.3 Núm. Ext.		41.4 Núm. Int.		
41.5 Tipo de Asentamiento		41.6 Nombre del Asentamiento humano		
41.7 Código Postal		41.8 Localidad		
41.9 Municipio o alcaldía		41.10 Entidad federativa		
41.11 Teléfono		42. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
07/01/2025		Firma de conformidad de los datos de identificación de la (del) fallecido/a declarados en este documento.		
Copia para el expediente				

Notificación vigilancia epidemiológica

- Manual de procedimientos estandarizados del SEED.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.



[Abrir](#)[Nuevo](#)[Generar nuevo a partir de cancelado](#)[Cancelar Ced](#)[Datos de la Defunción \(.pdf\)](#)[Representación del CEDe \(.pdf\)](#)

SECRETARÍA DE SALUD
**CERTIFICADO ELECTRÓNICO
DE DEFUNCIÓN**

Folio	Fecha/Hora de ocurrencia de la defunción
Nombre de la (del) fallecida/o	
Fecha de nacimiento	Entidad de Nacimiento
Sexo	Clave Única de Registro de Población
Nacionalidad	Entidad de defunción

Firma electrónica de la (del) certificante

-----BEGIN-----
-----END-----

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

-----BEGIN-----
-----END-----

Sello electrónico de la Unidad Médica

-----BEGIN-----
-----END-----



Cadena Original

[b0d3e80e-0675-458c-900f-
2149bea56f10]24U00005E00000001JXXXX9999
99XXXXXX99[RECIEN NACIDO MARTINEZ
PEREZ[25/07/2024]03/08/2024 15:25]XAJME
WEIR ROJO[05/08/2024 14:55:199]

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página





Trámites

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO ELECTRÓNICO
DE DEFUNCIÓN**

Folio	Fecha/Hora de ocurrencia de la defunción
Nombre de la (del) fallecida/o	
Fecha de nacimiento	Entidad de Nacimiento
Sexo	Clave Unica de Registro de Población
Nacionalidad	Entidad de defunción

Firma electrónica de la (del) certificante

Sello electrónico de la Secretaría de Salud

Sello electrónico de la Unidad Médica

Cadena Original
[b043e80e-0675-458c-900f-
2148e4581024]00005000000100009999
860000009999RECEN NACIDO MARTINEZ
PEREZ(25/07/2024)03/08/2024 15:25(XAIME
WEIR ROJO)05/08/2024 14:55:199]

Para validar la autenticidad del documento, por favor escanear el código QR debe abrir la página

**Representación del
Certificado Electrónico de
Defunción (CEDe)**

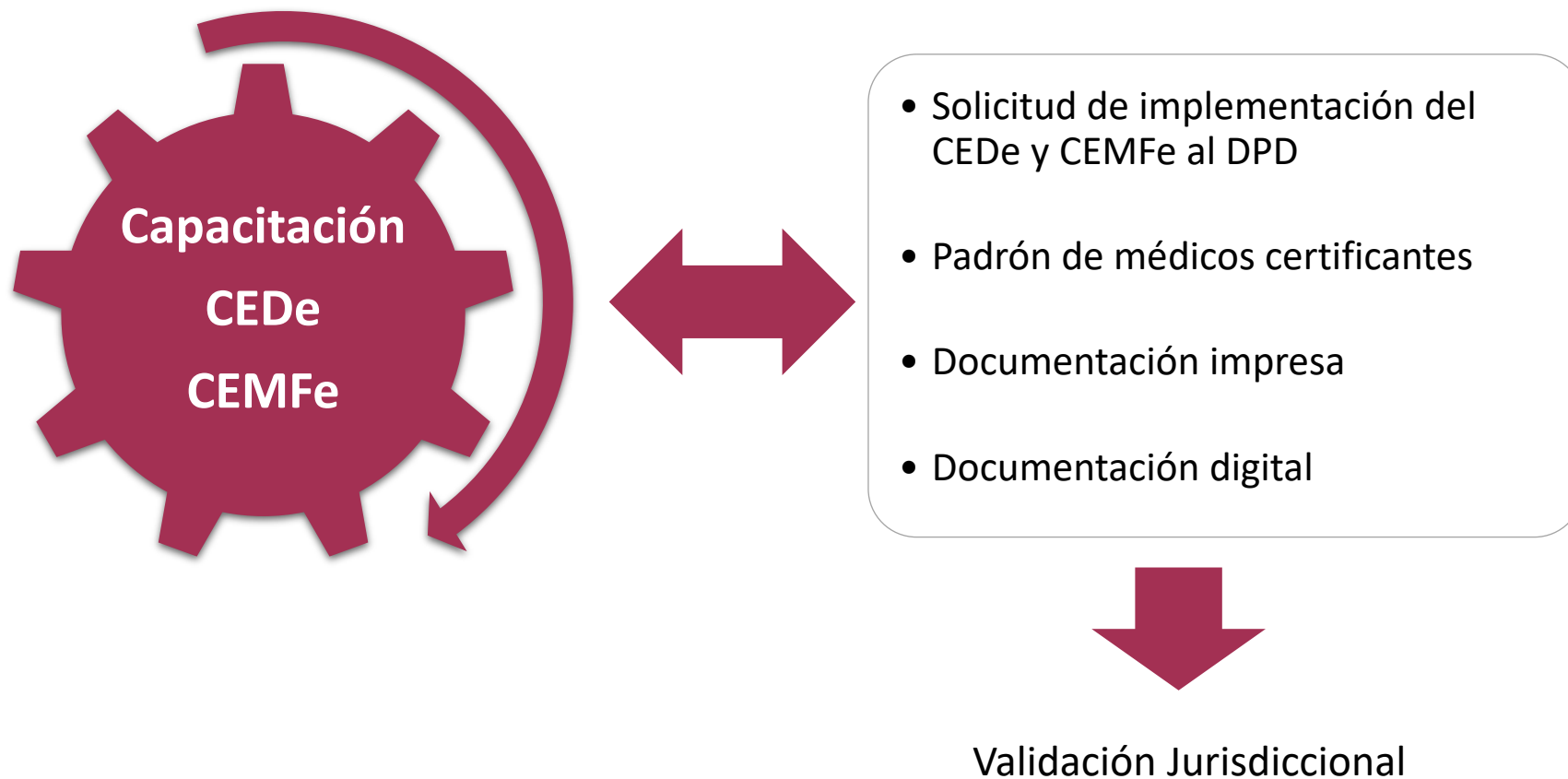


**Trámite en el Registro
Civil para el Acta de
Defunción**



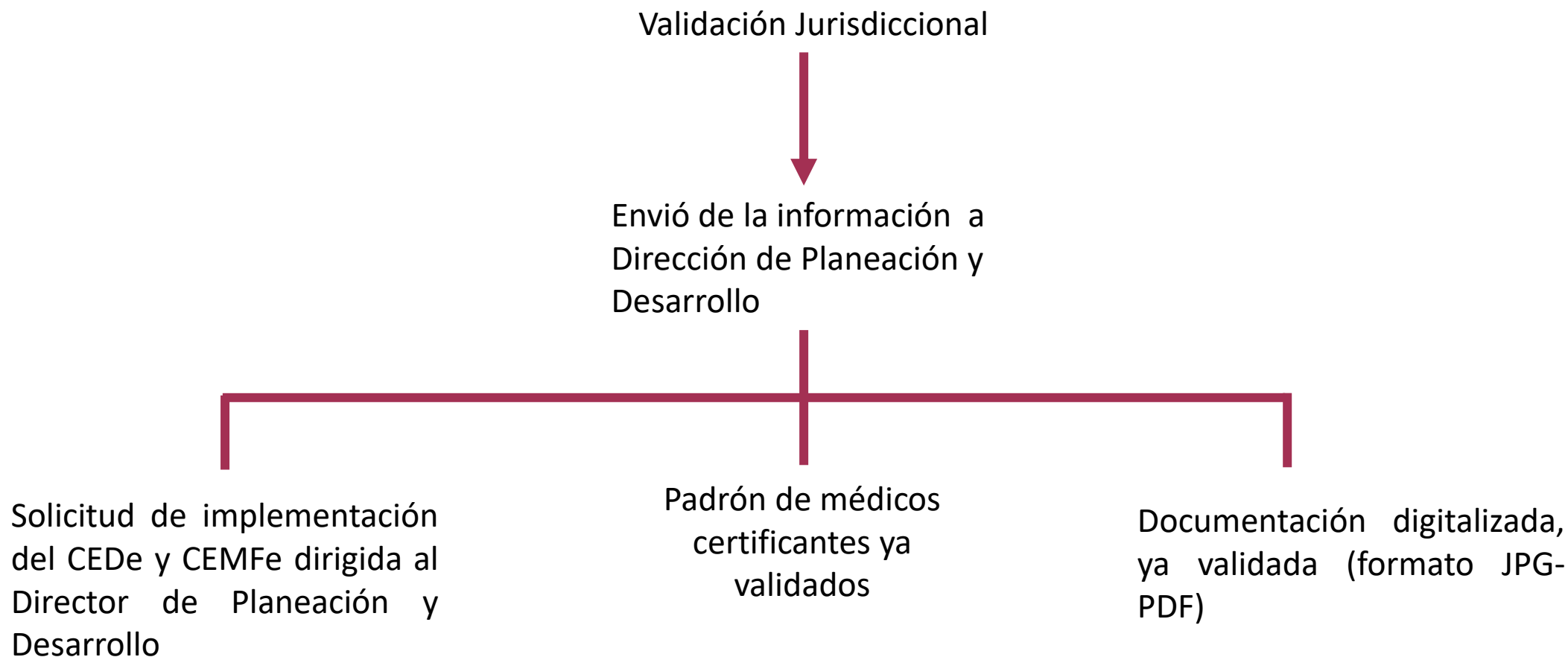
Proceso para implementación del CEDe y CEMFe

Jurisdicciones Sanitarias





Proceso para implementación del CEDe y CEMFe





Proceso para implementación del CEDe y CEMFe

Validación Estatal

- Generación de usuario y contraseña
- Envío por correo electrónico

Los usuarios y contraseñas se otorgarán una vez que hayan cumplido con la totalidad de los requisitos.



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

Tipos de permiso para la Implementación del CEDe y CEMFe





Tipos de médicos certificantes en el CEDe y CEMFe

Certificante de Unidad Médica

- Certifica sólo las **defunciones ocurridas dentro de la unidad médica** donde asignaron su usuario

Certificante como Médico Particular

- Certifica sólo las **defunciones ocurridas fuera de la unidad médica** (hogar, vía pública, otro lugar) del área de influencia de la Jurisdicción Sanitaria donde asignaron su usuario

Certificante como Médico Legista

- Certifica **defunciones ocurridas dentro y fuera de la unidad médica** del área de influencia del SEMEFO (Servicio Médico Forense) donde asignaron su usuario





Tipos de permisos en el CEDe y CEMFe

Tipos de permiso	Propiedades / Acciones
Consulta	Permite realizar consultas de los certificados generados (cancelados, expedidos y canjeados por el Registro Civil)
Certificante	Permite realizar la expedición y cancelación de certificados con su FIEL
Exportador	Permite realizar la exportación de la base de datos de los certificados expedidos
Administrador General	Permite realizar la cancelación de los certificados, no importando si lo expidió o no
Codificador	Permite codificar los certificados firmados

El responsable del establecimiento de salud deberá solicitar de manera oficial (formato Excel – Padrón de Médicos Certificantes), a la Dirección de Planeación y Desarrollo por conducto de la Jurisdicción Sanitaria que corresponda, los permisos de acuerdo al tipo de perfil y necesidades, previo cumplimiento y validación de los requisitos ante la Jurisdicción Sanitaria





Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)

9515023566, Ext. 116

seed_oax@salud-oaxaca.gob.mx

- **Dra. Idalia Hernández Reyes:** Analista de Información BIRMM y validadora de archivos del CEDe y CEMFe
- **Ernestina Coronel Miguel:** Responsable del SEED archivo y Codificadora CIE 10 en la BIRMM y asistente en el CEDe y CEMFe
- **Rubén Ruiz Bañuelos:** Responsable de las bases SEED y gestor de usuarios y contraseñas del CEDe y CEMFe
- **Gerardo Méndez Guzmán:** Instructor de las CIE 10 - CIE 11
- **Pablo Rolando Guerrero Díaz:** apoyo en la recolección de los certificados de defunción y muerte fetal.
- **Ángel Gustavo Fabián Aragón:** correcciones en plataforma de vigilancia epidemiológica y envío de usuarios y contraseñas.



DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO

Departamento de Información en Salud

**Página Web Oficial
de la Dirección de
Planeación y Desarrollo**







OAXACA
GOBIERNO DEL ESTADO