

ACTO NACIONAL DE ACTA DE LEVANTAMIENTO DE CADAVER

Julio 30 de 1.994 Hora 8:45 p.m. No. 006

OPICINA INSPECCION DE POLICIA JUDICIAL MUNICIPAL CORREGIMIENTO QUEBRADITAS

(COMISARIA, INSPECCION, UNIDAD MOVIL, ALCALDIA, JUZGADO, ETC.)

CORINTHO \* CAUCA

MUNICIPIO DEPARTAMENTO, INTENDENCIA, COMISARIA

Largo Dagua

APELLIDOS

Jorge

OCCISO, NOMBRES:

Sexo M. F. Edad 20 años Estado Civil U. Libre Ocupación Agricultor

Doc. Identidad No. 76.318.218 de Popayán - Dirección Correg. Quebraditas

Muerte: Lugar Correg. Quebraditas Fecha Julio 30 de 1.994 Hora 7:30 p.m.

- A) Via Pública B) Hospital C) En Agua D) Campo Abierto E) Establecimiento Público F) Fábrica G) Habitación H) Establecimiento Público

Descripción del Lugar del Hecho: Ocurrió en la parte lateral de la casa lado derecho, que la cabeza a 1.10cms. a la pared de derecha a 70 cms. de la pared, lugar desolado en la casa del señor JOSE LARGO, que está ubicada cerca a la carretora que del Correg. Quebraditas conduce a las Cruces.

6. 1 Orientación del Cadáver Cabeza al oriente y pies al occidente

6. 2 Posición del Cadáver De cubito superior con la mano derecha en el pecho y la mano izquierda doblada cerca a la cabeza.

6. 3 Prendas de Vestir Zapatos de cuero negro, media azul oscura y otra azul oscura rayas, Yin azul, correa de cuero negra, buzo verde, pantaloncillos verdes,

(Verdes).

6. 4 Descripción de Heridas: ~~encontradas en el cuerpo~~ ~~encontradas en el cuerpo~~ del occiso.

(SI ESTE ESPACIO ES INSUFICIENTE UTILICE EL RESPALDO U HOJAS ADICIONALES)

- 7 - Muerte Violenta: a) Accidente de Tránsito b) Conductor de Vehículo c) Pasajero d) Peatón e) Conductor de Moto f) Parrillero Moto g) Arrollado por Tren h) Accidente Aéreo i) Otros j) Arma Blanca k) Examen del Arma: Para manchas l) Para longitud de herida m) Arma de Fuego n) Se recuperan: Arma o Vainillas o Proyectiles o Tipo de arma o Rayó l) Lesiones Contusas o l) Asfixia: Se sospecha estrangulación o Ahorcamiento o Accidental o Otras asfixias o f) Intoxicaciones: Tóxico o Nombre g) Presunto Suicidio: Intoxicación o Bala h) Lanzamiento al Vacío i) Ahorcamiento j) Otros k) Posible causa Accidental: Sumergido o Electricidad o Quemaduras l) En el Trabajo m) Caídas n) Otros o Cuál

i) Recién Nacidos: Sospecha de Infanticidio o Aborto o Aborto provocado o Otros o Cual

Muerte Natural: Exámenes Sugeridos:

ORDEN DE NECROPSIA a los señores Médicos Legistas del Hospital de Corinto - Cauca Se solicita practicar la necropsia correspondiente al cadáver al cual pertenece la presente acta de levantamiento

INSPECTORA DE POLICIA JUDICIAL MPAL CORREG. DE QUEBRADITAS. Practicó Levantamiento

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)

Practicó Levantamiento (NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO EN LETRA IMPRINTA)



Este formulario debe ser enviado únicamente al Departamento Administrativo Nacional de Estadística por intermedio del Jefe de Zona.

FORMULARIO DE LA DEFUNCION  
Municipio: **Corinto** MURIO EN LA CABECERA MUNICIPAL?  No  Si

Nombre y apellidos del fallecido: **Jorge Largo Dagua** Cédula número: **76.318.248** Lugar de expedición: **Popayan-Cauca**  
 Sexo:  Hombre  Mujer Edad: **20** años cumplidos Si menos de un año: Si  No  Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Otros   
 Lugar de nacimiento: **Cauca** Municipio: **Corinto** Fuera de Colombia País: **Colombia**  
 Lugar de residencia habitual: **Cauca** Municipio: **Corinto** Dirección del fallecido: **Correg. Quebraditas**  
 ¿SIDIA EN LA CABECERA MUNICIPAL?  Si  No

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

CAUSAS DE LA DEFUNCION (Para ser llenado por el médico únicamente)  
 a) **Herida por arma de fuego**  
 b) **Herida por arma de fuego**  
 c) **Herida por arma de fuego**

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

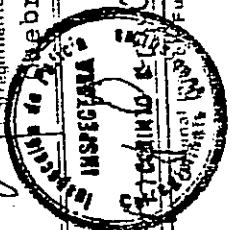
¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si

¿MURIO EN HOSPITAL O CLINICA?  Si  No  
 Nombre de la institución: **Corinto**  
 ¿CASA DE MUERTE O ACCIDENTE?  Si  No  
 Lugar donde ocurrió el accidente: **En la casa**  
 ¿COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? Si (ver tipo de arma de fuego); siropell de **18** años Meses **18** Años **18** En otro lugar?  No  Si



NOTARIA UNICA DEL CIRCULO  
 Formulario DANE 030-1 VÁLIDO EN ORDEN ORIGINAL que he tenido a la Vista,  
 de 1.0

412



EL NOTARIO

Popayán, 11 AGO 1994  
original que tiene a la vista.

que la presente fotocopia es igual al original  
HACE CONSTAR  
NOTARIO NÚMERO DEL CIRCULO DE POPAYAN

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
MUNICIPIO : CORINTO CAUCA CGTO. o I.P. :  
Primera vez  Doble caso  CORINTO (Cauca)  
C.C. No. 25.386.778  
DE : CORINTO CAUCA  
APELLIDOS : LOPELA SILVA  
NOMBRES : YANETH  
FECHA : AGOSTO 10/94  
RECLAMAR EN REMUNICIPAL  
Meses: \_\_\_\_\_

