



ALCALDIA MUNICIPAL DE BOCA CHICA
PROVINCIA SANTO DOMINGO

Fecha: 9/07/2024

APROBACION DE SOLICITUD DE AYUDA

Nombre: Lucas Rincón García Ramón González
No. De Cedula: 001-0597051-1
No. De Teléfono: _____
Dirección: Andrés Boku Chica Sector Sanchez #54
Tipo de Ayuda: Económica para gastos Funebrs
Monto Autorizado RD\$ 7,000.00

Por este medio hacemos constar de la aprobación de ayuda descrita en este documento de Bienestar Social de la Alcaldía Municipal de Boca Chica.

Atentamente,


Sr. Ramón Matías Rodríguez
Director de Bienestar Social




Ing. Virgilio García Concepción
Director Administrativo



09 de julio de 2024

**Al: Sr. Ramón A. Candelaria
Alcalde Municipal. –**

Asunto: Solicitud de ayuda

Cortésmente, por medio de la presente permítame darle un cordial saludo y a la vez solicitarle de manera encarecida una ayuda Económica para poder ayudarme con los gastos funerarios de mi hermano Pascual Jacobo Santana el cual falleció el 04 de julio del 2024.

En espera que mi ayuda sea acogida.

Atentamente,

**Lucas Rincón García
Ced.001-0597051-1**



Funeraria SAN ANTONIO

Calle Duarte No. 15-B, Andrés Boca Chica, R. D.
Tel.: 809-523-4891

INGRESO DE CAJA

5 de 17 20 24

HEMOS RECIBIDO DEL SR. (A): Pascual Antonio Sorlana

LA SUMA DE: venta mal peso

PESOS RD\$ 30000-

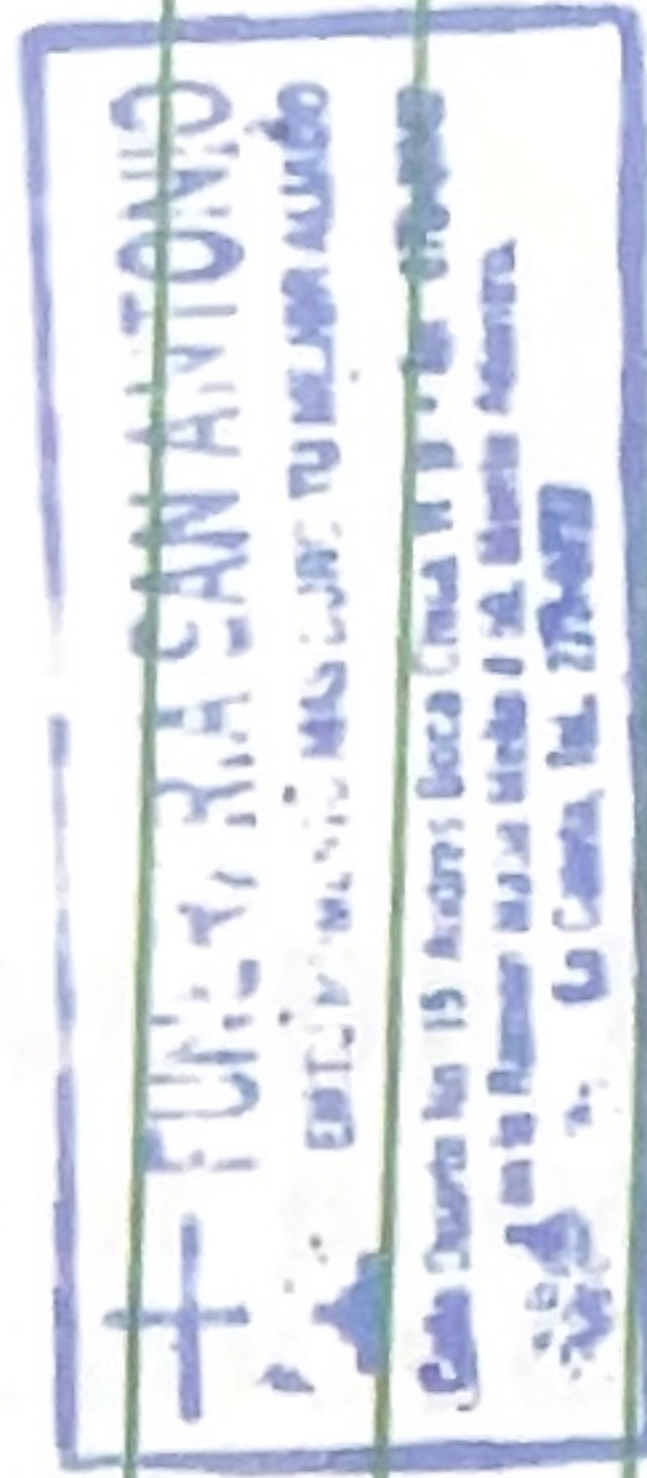
POR CONCEPTO DE: con servicio funeralista está el cementerio de Juchey

Ck. No. PAGADO BANCO: _____ RD\$ _____

EFFECTIVO: ✓

NO ACEPTAMOS DEVOLUCIONES

Elsa moria Bello
RESPONSABLE





Nº 3387

7,000 Ramón A. Candilana S

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE BOCA CHICA

TESORERIA DEL MUNICIPIO DE BOCA CHICA

CEMENTERIO DE JUBEY, BOCA CHICA

AUTORIZACION DE COBROS

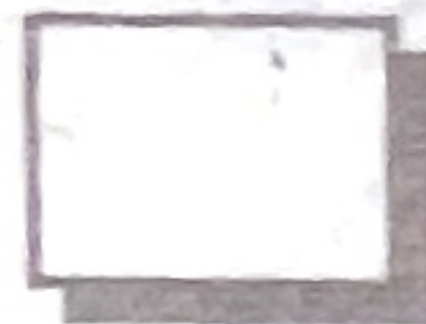
FECHA 24/8/17

NOMBRE DEL CLIENTE Lucas Rincón García

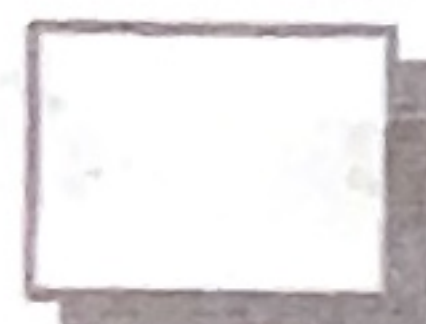
SERVICIO A COBRAR Venta de terreno



INHUMACION



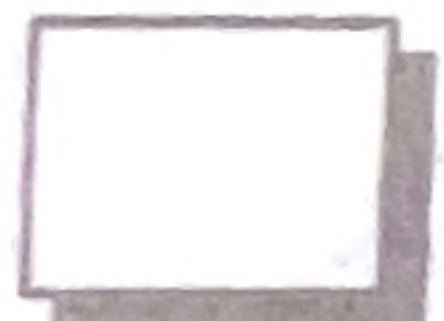
EXHUMACION



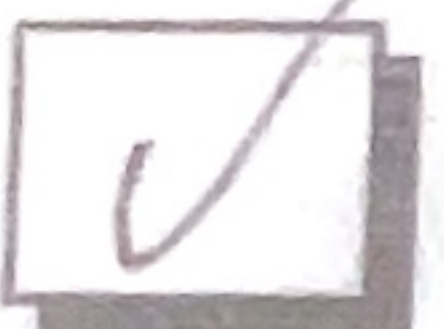
RENOVACION



ARRENDAMIENTO NICHOS DE PARED



ARRENDAMIENTO



VENTA DE TERRENO



CONSTRUCCION DE NICHOS



CONSTRUCCION DE TORTA



CONSTRUCCION CAPILLA



CONSTRUCCION PANTEON



CERTIFICADO DE CONTRATO



IMPUESTO A LA TRANSFERENCIA DE PROPIEDAD

UBICACION DE TERRENO

MANZANA

TAMAÑO (M2)

TIPO DE CONSTRUCCION

VALOR (RD\$) 9000

SUPERVISOR

PREPARADO

PARCELA

ZONA

VALOR M2 (RD\$) 9000

% PAGAR AMBCH

ALBAÑIL

APROBADO

Lucas Rincón García

SOLICITANTE

Melania A. L. S.

RESERVACIONES

IDDOM001059713<783<<<<<<<<<<
6003092M2403096DOM<<<<<<<<<<7
SANTANA<<PASCUAL<JACOBO<<<<<<

Lucas Rincón

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Información y Estadística de Salud
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Formato Actualizado Marzo 2020

Folio: 2024 No. 567004

Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénelo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es un recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras Recién nacido.)

1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE?: (Solo en mayores de 15 años)		0101-05971378 Cédula		☐ Se ignora
1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A):		☐ Se ignora		
Primer Nombre: Pascual	Segundo Nombre: Jacobo	Apellido Paterno: Santana	Apellido Materno:	
2. ¿CUÁL ES EL SEXO?: 1. ☒ Masculino 2. ☐ Femenino 9. ☐ Desconocido		3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: 1. ☒ Dominicana 9. ☐ Desconocida Código		
4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: 09/03/1960 Día Mes Año		5. ¿CUÁL ES LA EDAD COMPLETA?: 64 años Si es menor de un año, edad en meses Si es menor de un día, edad en horas		
6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL?: (Marque con X una sola respuesta) 1. ☒ Casado (a) 2. ☐ Unión Libre 3. ☐ Viudo (a) 4. ☐ Divorciado (a) 5. ☐ Separado (a) 6. ☐ Soltero (a) 9. ☐ Desconocido				
7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta) 1. ☐ Ninguno 2. ☐ Primario (1-3 curso) 3. ☐ Primario (4-6 curso) 4. ☐ Primaria completa (terminó el 8 curso) 5. ☐ Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) 6. ☐ Secundario completo (bachiller) 7. ☐ Estudios universitarios 9. ☐ Se ignora				
8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?:		8.1 ARS: Universal ☐ Se ignora		
9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: Chofer ☐ Se ignora ☐ No aplica				
10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de el (la) fallecido (a). 10.1. Provincia: Sto. Dgo. 10.2. Municipio: Guerra 10.3. Distrito Municipal: Hato Viejo 10.4. Sección: Estorza 10.5. Barrio / Paraje: Estorza 10.6. Calle y Número: 10.7. Teléfono: 829-357-9076				
11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre?		12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre?		13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Conyuge?
Fallecido		Fallecido		Atagracia Victorino
14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: 1. ☐ El Embarazo 2. ☐ El Parto 3. ☐ Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) 4. ☐ Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto 5. ☐ No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte 9. ☐ Ignorado				

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 04/07/2024 Día Mes Año		15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: 11:23 Horas Minutos		16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?: 1. ☐ Centro de Salud Público 2. ☐ Centro de Salud Privado 3. ☒ Casa 4. ☐ Vía Pública 5. ☐ Otro 16.1. ☐ Nombre del Centro de Salud: Código	
17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE? 17.1. Provincia: Sto. Dgo. 17.2. Municipio: Guerra 17.3. Distrito Municipal: Hato Viejo 17.4. Sección: Estorza 17.5. Barrio / Paraje: Estorza 17.6. Calle y Número: 17.7. Teléfono: 829-357-9076					
18. CAUSA DE DEFUNCIÓN: I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente: Causas, antecedentes, estados morbosos, si estuviera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica A. Insuficiencia Cardíaca debido a (o como consecuencia de) B. Fibrilación Auricular debido a (o como consecuencia de) C. Hipertensión arterial debido a (o como consecuencia de) D. II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo			18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte Código CIE (llenado por el codificador)		

19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE

20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: 1. ☐ Sí 2. ☒ No 9. ☐ Se ignora		21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?: 1. ☐ Sí 2. ☒ No 9. ☐ Se ignora	
--	--	---	--

22. ¿CUÁL FUÉ EL TIPO DE MUERTE?: (Marque con X una sola respuesta) 1. ☐ Accidente de trabajo 2. ☐ Accidente de tránsito 3. ☐ Otro tipo de accidente 4. ☐ Homicidio 5. ☐ Suicidio 6. ☒ No violenta 7. ☐ Indeterminado 9. ☐ Se ignora								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?: 0. ☐ Vivienda 1. ☐ Institución residencial 2a. ☐ Escuela 2b. ☐ Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. ☐ Área de deporte o atletismo 4. ☐ Calle o carretera 5. ☐ Área comercial de servicios 6. ☐ Área industrial o de la construcción 7. ☐ Finca, parcela 8. ☐ Otro 9. ☐ Se ignora								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL INFORMANTE

23. Número de Cédula de Identidad del Informante: 227-01090968-5		Teléfono del Inf.: 809-897-3679	
24. Nombre y Apellidos del Informante: Fermín Santana		25. Parentesco con el fallecido (a): (Hijo)	

DATOS DE LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE

26. ¿Quién certifica la muerte?: 1. ☐ Médico tratante 2. ☐ Médico legista 3. ☒ Otro médico 4. ☐ Otro, especifique:			
26.1. Certificada por médico anote: Número de exequáur: 240-15		26.2. Si la certificación no la realizó el médico tratante ¿Cómo determinó la causa de muerte?: 1. ☐ Necropsia o Autopsia 2. ☐ Reconocimiento del cadáver 3. ☐ Interrogatorio a familiares y/o testigos	
26.3. Si la defunción es certificada en una institución de salud o por un médico legista anote el: Nombre de la institución: Hospital Municipal Elvira Echavarría			
26.4. Nombre(s) y Apellidos del Certificante: Sonia Soriano S		26.5. Número de Cédula de Identidad del Certificante: 0108-01023601-0	
26.7. Dirección del Certificante: Sto Dgo. Este		26.8. Teléfono del Certificante: 809-5265578	
		26.6. Firma del Certificante: Dra. Soriano	
26.9. Fecha de Certificación: 05/07/2024 Día Mes Año			

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS

