



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
Francisco  
VILLA

Ciudad de México a 2 DE OCTUBRE

de 2023

**ASUNTO:**

**SOLICITUD SERVICIO FUNERARIO GRATUITO**

MTRA. LÍA LIMÓN GARCÍA  
ALCALDESA DE ÁLVARO OBREGÓN  
P R E S E N T E

Por este medio me permito solicitar a usted el apoyo para ser beneficiario de la acción social llamada "Apoyo para Servicios Funerarios en Álvaro Obregón 2023" dado que en la actualidad no contamos con la suficiencia económica para llevarlo a cabo por nuestra cuenta.

El tipo de servicio funerario que solicito es        inhumación   /   cremación. Y hago constar que tengo conocimiento sobre lo que incluye y lo que no incluye dicha acción social.

A continuación, me permito compartir con usted mis datos personales, de contacto y del finado.

**1. Nombre del beneficiario (titular):**

Dirección:

ALCALDIA ALVARO OBREGÓN

Edad: 32 AÑOS

Tipo y número de identificación:

**2. Nombre del finado:**

Sexo: F Edad:

Número de certificado de defunción:

Causa de fallecimiento: CHOQUE SEPTICO, MENINGITIS.

Sin más por el momento, quedo en espera de su amable respuesta.

ATENTAMENTE

Cecilia Vanessa Ramirez Ramirez

Nombre completo y firma



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
Francisco  
VILLA

## HOJA DE REGISTRO DE SERVICIO DE LA ACCIÓN SOCIAL

### "APOYO PARA SERVICIOS FUNERARIOS EN ÁLVARO OBREGÓN 2023"

A continuación, se proporciona la información correspondiente del servicio funerario gratuito a otorgar.

De la persona que realiza el trámite:

| RUBRO                                            | DATOS                                                     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Número consecutivo de servicio                   | 010                                                       |
| Fecha de solicitud                               | 02- OCTUBRE - 2023                                        |
| Nombre del solicitante                           | [REDACTED]                                                |
| Domicilio del solicitante                        | COA. GUASOL [REDACTED]                                    |
| Tipo de funerario solicitado                     | CREMACIÓN                                                 |
| Dirección de velación                            | COA. GUASOL H2-54 Lt-18 Col: Torres de Petzaro A.O.       |
| Fecha y horario de inhumación/cremación          | 4-OCTUBRE - 2023 11:00 Hrs.                               |
| Lugar donde se realizará la inhumación/cremación | GENERAL PRIM Nº 77 Col: JUAREZ CP. 06600 CUAUHTEMOC CDMX. |

Del finado:

| RUBRO                  | DATOS                       |
|------------------------|-----------------------------|
| Nombre del finado      | [REDACTED]                  |
| Domicilio del finado   | [REDACTED]                  |
| Causa de fallecimiento | CHOQUE SEPTICO, MENINGITIS. |
| ¿Es caso legal?        | NO                          |

Documentación que acompaña esta hoja de registro:

De la persona que realiza el trámite:

1. Copia de la credencial de elector con domicilio en la Alcaldía Álvaro Obregón.
2. Comprobante de domicilio ubicado dentro de la demarcación de la Alcaldía Álvaro Obregón de no más de tres meses de antigüedad al día de solicitud del servicio (agua, predial, gas, luz, teléfono o servicio de televisión de paga).
3. CURP (únicamente en caso de que no sea legible en la credencial de elector).



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
Francisco  
VILLA

**Del finado:**

1. Copia de la credencial de elector con domicilio en la Alcaldía Álvaro Obregón.
2. Copia del certificado de defunción.
3. Autorización ministerial (liberación del cuerpo para su inhumación) en los casos que la muerte esté relacionada con alguna carpeta de investigación.

Autorizó

MTRA. MARIANA  
RODRIGUEZ MIER Y  
TERÁN  
Directora General de  
Gobierno

Revisó

LIC. CLAUDIA ISELA  
RAMÍREZ GARCÍA  
Directora de Gobierno



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
FRANCISCO  
VILLA

Ciudad de México a 2 de Octubre

de 2023

Dirección General de Gobierno  
Dirección de Gobierno

**ASUNTO:**

OTORGAMIENTO SERVICIO FUNERARIO GRATUITO

Nombre: [REDACTED]

Dirección: [REDACTED]

**PRESENTE**

Por este medio me permito dar a usted respuesta a la solicitud de ser beneficiario de la acción social llamada "Apoyo para Servicios Funerarios en Álvaro Obregón 2023".

Después de revisar su solicitud y observar que el tipo de servicio funerario solicitado fue        inhumación   /   cremación me permito comunicar a usted que se le otorga el beneficio dado que cumple con los lineamientos de otorgamiento de dicha acción social.

A continuación, me permito mencionar nuevamente los requisitos para el acceso a la acción social:

**De la persona que realiza el trámite:**

1. Copia de la credencial de elector con domicilio en la Alcaldía Álvaro Obregón.
2. Comprobante de domicilio ubicado dentro de la demarcación de la Alcaldía Álvaro Obregón de no más de tres meses de antigüedad al día de solicitud del servicio (agua, predial, gas, luz, teléfono o servicio de televisión de paga).
3. CURP (únicamente en caso de que no sea legible en la credencial de elector).

**Del finado:**

1. Copia de la credencial de elector con domicilio en la Alcaldía Álvaro Obregón.
2. Original y copia del certificado de defunción.
3. Autorización ministerial (liberación del cuerpo para su inhumación) en los casos que la muerte esté relacionada con alguna carpeta de investigación.

**ATENTAMENTE.**

  
Lic. Claudia Iseña Ramírez García  
Directora de Gobierno

 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL  
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE: [REDACTED] EDAD 57  
SEXO M

DOMICILIO: [REDACTED]

ALVARO OBREGON D.F.  
FOLIO 0000012181460 AÑO DE REGISTRO 1991 03  
CLAVE DE ELECTOR [REDACTED]

CURP  
ESTADO 09 MUNICIPIO 010  
LOCALIDAD 0001 SECCION 3553  
EMISIÓN 2008 VIGENCIA HASTA 2018 FIRMA



ALVARO OBREGON D.F. MUNICIPIO 010 LOCALIDAD 0001 SECCION 3553  
FOLIO 0000012181460 AÑO DE REGISTRO 1991 03  
CLAVE DE ELECTOR [REDACTED]

ALVARO OBREGON D.F. MUNICIPIO 010 LOCALIDAD 0001 SECCION 3553  
FOLIO 0000012181460 AÑO DE REGISTRO 1991 03  
CLAVE DE ELECTOR [REDACTED]

*Alvaro Obregon*

*Alvaro Obregon*

*Alvaro Obregon*

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE [REDACTED] SEXO M

DOMICILIO [REDACTED]

CLAVE DE ELECTOR [REDACTED]

CURP [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

SECCIÓN 3568

AÑO DE REGISTRO 2010 03

VIGENCIA 2023 - 2033

INE

QR CODES

[REDACTED]



SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCION  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
220301105

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION  
LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION  
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

220301105

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A<br>Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____<br>Persona desconocida <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día Mes Año <u>11/01/21</u> <u>19</u> <u>50</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>Ciudad de Mexico |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5. CURP<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especificar: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 9. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 10. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de un año: _____<br>Para menores de un mes: _____<br>Para menores de un día: _____<br>Para personas de un año o más: <u>72</u> años cumplidos<br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              | 11. SITUACION CONYUGAL<br>Soltero/a <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> |
| 12. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anotar el domicilio permanente donde vivía la (a) fallecido/a<br>12.1 Tipo de vivienda: _____<br>12.2 Tipo de asentamiento humano: _____<br>12.3 Localidad: <u>Alvaro Obregon</u><br>12.4 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad de Mexico</u><br>12.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____                                                                                                                                                                                            |  | 13. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>13.1 La escolaridad seleccionada es: _____<br>13.2 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>             |  | 14. OCUPACION HABITUAL<br>Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>14.2 Ocupación: <u>pensionada</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 15. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especificar: _____<br>15.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>01725047185 5F1950PF</u>                                                                                                                                         |  | 16. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Seoquio</u> Primer Apellido <u>Ramirez</u> Segundo Apellido _____<br>16.1 Parentesco con la (el) fallecido/a: <u>hijo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 17. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE<br><u>Seoquio Ramirez</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/><br>19.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Zona #8</u><br>19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): <u>DIFIMIS0101041014</u> |  | 20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION<br>20.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u><br>20.2 Nombre de la vivienda: <u>Rio Magdalena</u><br>20.3 Núm. Ext.: <u>289</u><br>20.4 Núm. Int.: <u>101101901</u><br>20.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u><br>20.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tizapan</u><br>20.7 Código Postal: <u>101101901</u><br>20.8 Localidad: <u>Alvaro Obregon</u><br>20.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad de Mexico</u><br>20.10 Entidad federativa: _____ |  | 21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION<br>Día Mes Año <u>10/21/01</u> <u>21</u> <u>03</u><br>Horas Minutos <u>11</u> <u>55</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              | 22. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                               |
| 23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGIA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>23.1 Fecha de cirugía: _____<br>23.2 Motivo de cirugía: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 24. ¿FUE DEFUNCION ACCIDENTAL O VIOLENTA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 25. TIPO DE DEFUNCION<br>Enfermedad <input checked="" type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> Intervención legal <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 26. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>a) <u>Choque septico</u><br>b) <u>Menigitis</u><br>c) _____<br>d) _____<br>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción: <u>11 días</u><br>Código CIE: _____<br>30. CAUSA BASICA DE DEFUNCION: _____<br>30.1 CODIGO ADICIONAL: _____                                                                                                                             |  | 27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                        |  | 28. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/><br>El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="radio"/><br>El puerperio <input type="radio"/><br>28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones, ruptura del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/><br>28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFALICA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/><br>29.1 ¿Fue Donador/a de órganos?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 30. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 31. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL O VIOLENTA)<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcelo) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 32. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACION, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESION (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACION, ESPECIFIQUE EL AGENTE TOXICO): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 33. LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PUBLICO CON EL ACTA NUMERO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 34. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL O VIOLENTA)<br>34.1 Tipo de vivienda: _____<br>34.2 Nombre de la vivienda: _____<br>34.3 Núm. Ext.: _____<br>34.4 Núm. Int.: _____<br>34.5 Tipo de asentamiento humano: _____<br>34.6 Localidad: _____<br>34.7 Municipio o Alcaldía: _____<br>34.8 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 35. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESION (ACCIDENTAL O VIOLENTA)<br>35.1 Tipo de vivienda: _____<br>35.2 Nombre de la vivienda: _____<br>35.3 Núm. Ext.: _____<br>35.4 Núm. Int.: _____<br>35.5 Tipo de asentamiento humano: _____<br>35.6 Localidad: _____<br>35.7 Municipio o Alcaldía: _____<br>35.8 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                       |  | 36. CERTIFICADA POR<br>Médico/a tratante <input type="radio"/> Médico/a legista <input type="radio"/> Cirujano/a <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad Civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especificar: _____                                                                                                                                                                                    |  | 37. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Alain Dario Fernandez</u> Primer Apellido <u>Lopez</u> Segundo Apellido _____<br>37.1 Tipo de vivienda: _____<br>37.2 Nombre de la vivienda: _____<br>37.3 Núm. Ext.: _____<br>37.4 Núm. Int.: _____<br>37.5 Tipo de asentamiento humano: _____<br>37.6 Localidad: _____<br>37.7 Municipio o Alcaldía: _____<br>37.8 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 38. DOMICILIO Y TELEFONO<br>41.1 Tipo de vivienda: _____<br>41.2 Nombre de la vivienda: _____<br>41.3 Núm. Ext.: _____<br>41.4 Núm. Int.: _____<br>41.5 Tipo de asentamiento humano: _____<br>41.6 Localidad: _____<br>41.7 Municipio o Alcaldía: _____<br>41.8 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                                            |  | 39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MEDICO/A<br>10460740<br>40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE<br><u>10/21/01 20:23</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 42. FECHA DE CERTIFICACION<br>Día Mes Año <u>10/21/01</u> <u>20</u> <u>23</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 43. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO<br>Núm. _____<br>Núm. Libro _____<br>Núm. Acta _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 44. LUGAR DE REGISTRO<br>44.1 Localidad: _____<br>44.2 Municipio o Alcaldía: _____<br>44.3 Entidad federativa: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 45. FECHA DE REGISTRO<br>Día Mes Año _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

TOTAL A PAGAR:

**\$472**

(CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M.N.)

NO. DE SERVICIO : 137840700475

RMU : 01840 84-07-02 XAXX-010101 002 CFE

LÍMITE DE PAGO: 27 AGO 2023

CORTE A PARTIR:  
28 AGO 2023

TARIFA: 01 NO. MEDIDOR: 9722535 MULTIPLICADOR: 1

PERIODO FACTURADO: 13 JUN 23 - 11 AGO 23

¿QUIERES RECIBIR TU RECIBO DIGITAL?

En 3 Pasos:

1. Escanea el QR.
2. Actualiza tus datos.
3. Listo.



| Concepto      | Lectura actual<br>Medida x Turnada | Lectura anterior<br>Medida x Estimada | Total periodo | Precio<br>MXN | Subtotal<br>MXN |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Energía (kWh) | 04515                              | 04205                                 | 310           |               |                 |
| Básico        |                                    |                                       | 150           | 0.981         | 147.15          |
| Intermedio    |                                    |                                       | 130           | 1.195         | 155.35          |
| Excedente     |                                    |                                       | 30            | 3.496         | 104.86          |
| Suma          |                                    |                                       | 310           |               | 407.36          |



Este gráfico refleja tu nivel de consumo. A menor uso, mayor apoyo.

Subtotal

| Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista |        |      |        |               | Desglose del importe a pagar |               |
|--------------------------------------------------------|--------|------|--------|---------------|------------------------------|---------------|
| Concepto                                               | \$     | SAW  | SAWA   | Importe (MXN) | Concepto                     | Importe (MXN) |
| Suministro                                             | 166.76 | 0.00 | 0.00   | 166.76        | Energía                      | 407.36        |
| Distribución                                           | 0.00   | 0.00 | 250.25 | 250.25        | IVA 16%                      | 65.18         |
| Transmisión                                            | 0.00   | 0.00 | 54.50  | 54.50         | Fac. del Periodo             | 472.56        |
| CENACE                                                 | 0.00   | 0.00 | 1.95   | 1.95          | Total                        | \$472.56      |
| Energía                                                | 0.00   | 0.00 | 275.50 | 275.50        |                              |               |
| Capacidad                                              | 0.00   | 0.50 | 220.10 | 220.10        |                              |               |
| SCoMDM(?)                                              | 0.00   | 0.00 | 1.92   | 1.92          |                              |               |

Apoyo Gubernamental 572.71

(1) SCoMDM: Costos relacionados con los servicios del Mercado. (2) DAP: Derecho al Alumbrado Público. (3) Cargos o créditos: Diversos conceptos que se pueden incluir en el aviso recibo relacionados con el suministro.



01840 84-07-02 XAXX-010101 002 CFE  
01 137840700475 230827 000000472 0



20DN20A452040460

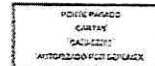
Repartir

-895-

CFE-contigo

**\$472**

(CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M.N.)





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
Francisco  
VIPA

Alcaldía Álvaro Obregón  
Dirección General de Gobierno  
Dirección de Gobierno  
J.U.D. Servicios Funerarios

## Estudio Socioeconómico

|                        |                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. MOTIVO DEL ESTUDIO: | Solicitud de Acción Social de Servicio Funerario<br>Gratuito.                                                                                                                         |
|                        | Lo anterior con base en el artículo 76 y 77 de Reglamento de Cementerios, Crematorios y Servicios Funerarios de la Ciudad de México y las fracciones I, II, III y IV del Capítulo VI. |

|                  |            |
|------------------|------------|
| FOLIO            | 010        |
| FECHA            | 02-06-23   |
| SUAC             |            |
| HORA DE INICIO:  | 20:00 Hrs  |
| HORA DE TÉRMINO: | 20:45 Hrs. |

|                                          |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |              |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 2. DATOS GENERALES DEL/LA ENTREVISTADO/A |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |              |
| Nombre:                                  |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |              |
|                                          | Apellido paterno                                                                                                                                                                            | Apellido materno                                                                                           | Nombre/s     |
| Domicilio:                               |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |              |
|                                          | Calle                                                                                                                                                                                       | Número/Mz./Lote                                                                                            |              |
|                                          |                                                                                                                                                                                             | ALVARO OBREGON                                                                                             | 55 7134 6180 |
| Edad:                                    | 32                                                                                                                                                                                          | Colonia:                                                                                                   |              |
| Estado civil:                            | Soltero/a <input checked="" type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> | C.P.                                                                                                       |              |
| Pertenencia étnica:                      | NO                                                                                                                                                                                          | Alcaldía                                                                                                   |              |
| Grado de Estudios:                       | SECUNDARIA                                                                                                                                                                                  | Teléfono                                                                                                   |              |
|                                          |                                                                                                                                                                                             | Cuenta con algún tipo de seguro social: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |              |
|                                          |                                                                                                                                                                                             | ¿CUÁL?                                                                                                     |              |

|                                                                               |         |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Tipo de transporte/s para llegar a su domicilio y lugar/es donde se aborda/n: | PUBLICO |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|

|                                        |                                     |                          |                          |
|----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. COLONIA Y ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA |                                     |                          |                          |
| La colonia está ubicada en un área:    | Urbana                              | Suburbana                | Rural                    |
|                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA:

|          |                  |                          |        |                          |                   |                                     |                    |                                     |
|----------|------------------|--------------------------|--------|--------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| PAREDES: | Lámina de cartón | <input type="checkbox"/> | Madera | <input type="checkbox"/> | Lámina de asbesto | <input type="checkbox"/>            | Lámina galvanizada | <input type="checkbox"/>            |
|          | Carrizo          | <input type="checkbox"/> | Piedra | <input type="checkbox"/> | Arcilla           | <input type="checkbox"/>            | Tabique            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|          | Ladrillo rojo    | <input type="checkbox"/> | Block  | <input type="checkbox"/> | Tabicón           | <input type="checkbox"/>            | Otro:              | <input type="checkbox"/>            |
| PISO:    |                  | <input type="checkbox"/> | Tierra | <input type="checkbox"/> | Loseta            | <input checked="" type="checkbox"/> | Madera             | <input type="checkbox"/>            |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Allada



2023  
Francisco  
VILA

Alcaldía Álvaro Obregón  
Dirección General de Gobierno  
Dirección de Gobierno  
J.U.D. Servicios Funerarios

## Estudio Socioeconómico

|        |                  |     |                    |     |                   |     |        |     |
|--------|------------------|-----|--------------------|-----|-------------------|-----|--------|-----|
|        | Cemento          |     |                    |     |                   |     |        |     |
|        | Otro:            | ( ) |                    |     |                   |     |        |     |
| TECHO: | Lámina de cartón | ( ) | Lámina galvanizada | ( ) | Lámina de asbesto | ( ) | Madera | ( ) |
|        | Teja             | ( ) | Losa               | /   | Otro:             | ( ) |        |     |

Condiciones de la vivienda<sup>1</sup>

| LA VIVIENDA:                                     |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| TIPO                                             | NO. DE PIEZAS<br>CONDICIÓN/ESTADO                |
| SALA                                             | SI                                               |
| Comedor                                          | SI                                               |
| Cocina (¿cuenta con estufa?)                     | SI                                               |
| Recámaras (indicar el número total)              | 1                                                |
| Número de personas que duermen por cada recámara | 1/4                                              |
| Baño:                                            | COMPLETO <sup>2</sup> :                          |
|                                                  | MEDIO: /                                         |
|                                                  | ¿COMPARTIDO? SI ( ) NO (X) Con cuántas personas: |
| Zotehuela (PARA QUÉ SE UTILIZA)                  | NO                                               |
| Cuarto de lavado                                 | NO                                               |
| Estudio                                          | NO                                               |
| Vehículo (s)                                     | NO                                               |
| Cajón de estacionamiento                         | NO                                               |
| Otro: ¿Cuál?                                     |                                                  |

<sup>1</sup> Describir si la vivienda está con o sin acabados (si hay humedad, limpieza, construcción, deteriorada, entre otros)

<sup>2</sup> Completo: regadera y WC. Medio: solo WC



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



Alcaldía Álvaro Obregón  
Dirección General de Gobierno  
Dirección de Gobierno  
J.U.D. Servicios Funerarios

## Estudio Socioeconómico

| CONECTIVADA EN LA VIVIENDA |     |                            |     |                          |   |                                  |
|----------------------------|-----|----------------------------|-----|--------------------------|---|----------------------------------|
| Equipo de<br>Cómputo       | ( ) | Sistema de<br>TV por cable | ( ) | Conexión a in-<br>ternet | ✓ | OBSERVACIONES:<br>Solo INTERNET. |

| 4. ECONOMÍA FAMILIAR |
|----------------------|
| INGRESOS:            |

| NOMBRE                      | PAREN-<br>TESCO | EDAD | ESTADO<br>CIVIL | ESCOLARIDAD | Ocupación   | LA ACTIVIDAD LA-<br>BORAL ES: FOR-<br>MAL (1) INFOR-<br>MAL (2) PENSIO-<br>NADO (3) | ¿APORTA<br>DINERO?<br>SI/NO | ¿CUÁNTO?<br>(AL MES) |
|-----------------------------|-----------------|------|-----------------|-------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| SERGIO RAMIREZ              | HERMANO         | 43   | SOLTERO         | SECUNDARIA  | ALBAÑIL     | INFORMAL                                                                            | SI                          | \$ 1000.00           |
| ANTONIO RAMIREZ C           | HERMANO         | 40   | CASADO          | SECUNDARIA  | MESERO      | FORMAL                                                                              | SI                          | \$ 1200.00           |
| DAVID ADELARDO<br>RAMIREZ   | HERMANO         | 38   | SOLTERO         | SECUNDARIO  | MAQUILLISTA | FORMAL                                                                              | SI                          | \$ 1200.00           |
|                             |                 |      |                 |             |             |                                                                                     |                             |                      |
|                             |                 |      |                 |             |             |                                                                                     |                             |                      |
|                             |                 |      |                 |             |             |                                                                                     |                             |                      |
| TOTAL DE INGRESOS MENSUALES |                 |      |                 |             |             |                                                                                     |                             | \$ 3400.00           |

| EGRESOS: |
|----------|
|          |

La vivienda donde habita es:

- a. Propio: SI (✓) NO ( )
- b. Rentada SI ( ) NO ( )
- c. Prestada SI ( ) NO ( ) ¿Cuáles son los términos del préstamo de la vivienda?

Pago de servicios y gastos de la familia. Pagos mensuales:

|                                                        |           |                                           |            |
|--------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------|------------|
| Agua (bimestral)                                       | \$ 400.00 | Renta                                     | \$ —       |
| Luz (bimestral)                                        | \$ 150.00 | Gas                                       | \$ 300.00  |
| Predial (bimestral)                                    | \$ 180.00 | Medicamentos                              | \$ 400.00  |
| Mantenimiento de la casa/edifi-<br>cio/fraccionamiento | \$ —      | Despensa (enlatados, lim-<br>pieza, etc.) | \$ 1200.00 |
| a. Teléfono:                                           | \$ —      | Mascotas                                  | \$ —       |
| b. Internet:                                           | \$ 350.00 | Prestamos:                                |            |
|                                                        |           | a. Crédito a pagar/vivienda               | \$ —       |
|                                                        |           | b. Hipoteca                               | \$ —       |
|                                                        |           | c. Tarjetas de crédito                    | \$ —       |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
Francisco  
VILA

Alcaldía Álvaro Obregón  
Dirección General de Gobierno  
Dirección de Gobierno  
J.U.D. Servicios Funerarios

## Estudio Socioeconómico

|                                    |                                  |                     |                       |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|
| c. Paquete (incluye a. y b.):      | \$ _____                         | d. Otro/s ¿Cuál/es? | \$ _____              |
| Celular/es:                        | \$ _____                         |                     | \$ _____              |
| Otros gastos:<br>Auto:/motocicleta | \$ _____<br>\$ _____<br>\$ _____ |                     |                       |
| TOTAL DE GASTOS MENSUALES.         |                                  |                     | \$ 2980 <sup>00</sup> |

Observaciones de los servicios y gastos.

LA SEÑORA CECILIA VANESSA COMENTA QUE ESOS ERAN LOS  
GASTOS QUE REALIZABAN CON SUMAMA

5. PLAN SOCIAL. Se requiere:

|            |                                   |                                   |     |
|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|
| Presentar: | Comprobantes de ingresos          | ND                                |     |
|            | Documentación para servicio:      | Certificado de muerte fetal       | ( ) |
|            |                                   | Certificado de defunción          | (X) |
|            |                                   | Carpeta de investigación/liberada | ( ) |
|            |                                   | Comprobante de domicilio          | (X) |
|            |                                   | INE/fallecido (a)                 | (X) |
|            |                                   | INE responsable                   | (X) |
|            | Comprobantes de egresos (Recibos) | Luz                               | (X) |
|            |                                   | Teléfono                          | ( ) |
|            |                                   | Agua                              | ( ) |
|            |                                   | Predial                           | ( ) |
|            |                                   | Renta                             | ( ) |
|            |                                   | OTROS:                            |     |



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
Francisco  
VIBA

Alcaldía Álvaro Obregón  
Dirección General de Gobierno  
Dirección de Gobierno  
J.U.D. Servicios Funerarios

## Estudio Socioeconómico

### 6. OBSERVACIONES

Sonia Aguilar Cruz.

NOMBRE Y FIRMA DEL/LA ENTREVISTADOR/A



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Allada



2023  
FRANCISCO  
VILLA

Alcaldía Álvaro Obregón  
Dirección General de Gobierno  
Dirección de Gobierno  
J.U.D. Servicios Funerarios

## Estudio Socioeconómico

### ESPECIFICACIONES

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. MOTIVO DEL ESTUDIO:                      | Explicar la/las razón/es por la/s cual/es se debe realizar la entrevista.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| La colonia está ubicada en un área:         | <p>Urbana: tiene un mayor número de habitantes y una economía orientada a la industria o a los servicios. Centros poblados con 2.500 o más habitantes.</p> <p>Suburbana: Se encuentra en las afueras de la ciudad. Se ubica próximo a las ciudades altamente urbanizadas y que están muy pobladas, si se comparan con los lugares cercanos. Se diferencia de la zona urbana con más vitalidad que está llena de negocios y calles repletas de vehículos. Los suburbios por lo general tienen un ritmo más lento y habitable. Centros poblados con 1.000 y 2.499 habitantes.</p> <p>Rural: se compone de campos en los cuales se desarrolla la agricultura y se cría ganado. Centros poblados con menos de 1.000 habitantes y población dispersada.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Materiales para la construcción de paredes. | <p>El adobe es un bloque para construcción hecho de una masa de barro (arcilla y arena) mezclada con paja u otras fibras, moldeada en forma de ladrillo y secada al sol; se utiliza para la construcción de paredes y muros en las edificaciones.</p> <p>El barro es la combinación de arcilla y agua, también conocido simplemente como arcilla, tierra o lodo.</p> <p>El BLOCK (hueco o macizo) es un material hecho con cemento, arena y agregados, que da como resultado un material de gran resistencia estructural. Uno de los mejores materiales para construcción de paredes y muros, con capacidad de adaptación a climas tropicales y cálidos.</p> <p>TABIQUE ROJO, un material en constante crecimiento en la industria de la construcción y desde hace varios años muy utilizado en edificaciones. Éste es un material térmico, es decir, en temporada de calor mantiene fresco un inmueble y en temporada de frío logra lugares cálidos. También tiene la propiedad de ser un aislante acústico y es más resistente a un sismo.</p> <p>El TABICON se puede encontrar en tipo ligero y pesado. Ambos sirven para construcciones de casas, bodegas y muros económicos, pero suele evitarse en grandes construcciones.</p> <p>El LADRILLO es el material más utilizado en construcciones de todo tipo. Sus características son gran resistencia, durabilidad y facilidad para lograr acabados. Muchas veces lo encontramos en fachadas y chimeneas, aunque también en construcciones antiguas y modernas, bardas y más. Los tipos de ladrillo que hay son perforado, de teja, hueco, cocido, decorativo, etc.</p> |

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN  
JUZGADO 18 DEL REGISTRO CIVIL

PANTEÓN DE: J. García López FOLIO \_\_\_\_\_

CON ESTA FECHA HA SIDO INHUMADO 12 y antes de 48 horas Ó CREMADO  
POR EL TÉRMINO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FALLECIDO Consuelo  
Ramirez Castro

LOTE \_\_\_\_\_ FOSA NUM. \_\_\_\_\_ SEGÚN  
ORDEN DE INHUMACIÓN \_\_\_\_\_ Ó CREMACIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD DE MÉXICO A 03 DE Octubre DE 2023

ACTA NO. 15873

FECHA DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

PARA EL USUARIO



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO,  
OBREGÓN  
Tu Alcaldía Aliada



2023  
Francisco  
VILLA

ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE GOBIERNO

## ACCIÓN SOCIAL "APOYOS PARA SERVICIOS FUNERARIOS EN ÁLVARO OBREGÓN 2023"

### DETALLE:

Tipo de apoyo de servicio, consiste en brindar un servicio funerario a personas en situación de vulnerabilidad que habitan en la Alcaldía de Álvaro Obregón.

La Alcaldía Álvaro Obregón busca apoyar los servicios funerarios que se requieren por causa de un fallecimiento, debido a que los gastos son de acceso limitado por la situación de marginidad y pobreza con los que cuenta actualmente en la demarcación.

### CUANTIFICACIÓN:

1 apoyo para servicio funerario por la cantidad de \$10,000.00 (Diez mil pesos m/n).

### TEMPORALIDAD:

Marzo - Noviembre 2023