



# SISTEMA DE REGISTRO CIVIL Y ESTADISTICAS VITALES

## DOCUMENTO BASICO DE INDUCCION



## COMITÉ DEPARTAMENTAL DE ESTADISTICAS VITALES RISARALDA



# ORGANIZACIÓN OPERATIVA Y COMPETENCIAS

Dentro de la organización del sistema se identifican dos subsistemas:



## SUBSISTEMA DE REGISTRO CIVIL

Inscripción obligatoria, continua y permanente de los hechos vitales para fines jurídicos y administrativos.



## SUBSISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Recopilación de información de los hechos vitales tanto en su frecuencia como en sus características, para su análisis y difusión.



# UTILIDAD DE LA INFORMACION DE ESTADISTICAS VITALES



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

**Instrumento Legal:** Constituyen la prueba del nacimiento o la defunción para todos los efectos jurídicos y administrativos.

Las estadísticas acopian la información sobre la frecuencia de la ocurrencia de los hechos vitales (en la actualidad de nacimientos y defunciones), y algunas de sus características.

**Instrumento de Salud Pública:** Las estadísticas vitales son fuente para la formulación de políticas, planes y programas de salud pública y el seguimiento requerido.

**Insumo Demográfico:** Permite profundizar en el análisis de los dos principales componentes de la dinámica poblacional (Natalidad y Mortalidad).



**Ley 9/1979:** Reglamenta la expedición y diligenciamiento de certificados de defunción y registros bioestadísticos y el control del traslado, inhumación y exhumación de cadáveres.

**Ley 23/1981:** Código de Ética Médica.

**Ley 79/93:** Reserva Estadística.

**Ley 220/95:** Incluye la Hemoclasificación en los documentos de identificación

**Decreto 0786 de 1990 :**

- A toda muerte por causa externa se le debe realizar necropsia Médico legal y esta deberá ser hecha por medicó legista, para los municipios donde no exista medicina legal, el medico que este autorizado para hacerlo.
- *Se debe realizar necropsia Médico Legal aunque la persona fallecida hubiese recibido atención médica por razón de los hechos causantes de la muerte externa.*
- *En ningún caso se debe certificar como muerte natural la ocurrida por un hecho externo.*
- Para las muertes naturales, se debe realizar la necropsia clínica cuando esta se requiera para establecer las causas de la muerte, así como la existencia de patologías asociadas y otras particularidades del individuo y de su medio ambiente.



# NORMATIVIDAD DE ESTADISTICAS VITALES



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

**Decreto 1171 de 1997:** Reglamenta la competencia para la expedición del certificado de Nacido Vivo y de Defunción, autoriza a enfermeras, auxiliares de enfermería y promotoras de salud, sólo en áreas en donde no existe médico. En uno de sus apartes exige el registro de toda muerte fetal, independientemente del tiempo de gestación.

**Resolución 1346 de 1997:** Por la cual se adopta el Manual de Procesos y Procedimientos para expedición de certificados de Nacido Vivo y de defunción y sus respectivos formatos.

**Resolución 03114 de 1998:** Por la cual se crean los Comités de estadísticas vitales en las Direcciones Territoriales de Salud.

**Circular N° 24 de Julio 15 De 1999:** Ampliación y complementación de los aspectos a tener en cuenta con respecto al certificado de nacido vivo y de defunción como documentos antecedentes para la inscripción en el Registro Civil.

**Circular Externa 064 2008:** Responsabilidades en el proceso de automatización de los certificados de nacido Vivo Y Defunción.

**Ley 734 de 2002:** Código único disciplinario- Las sanciones que se deriven del incumplimiento de las normas pueden acarrear sanciones de tipo disciplinario, penal y ético.



# FLUJOS DE DISTRIBUCION Y RECOLECCION DE CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO Y DE DEFUNCION



DANE REGIONAL



DIRECCIONES DPTALES Y/O DISTRITALES DE SALUD



DIRECCIONES MUNICIPALES Y/O LOCALES



MEDICINA  
LEGAL



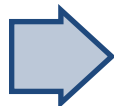
MEDICOS  
PARTIC.



IPSs



OF. DE REG. CIVIL



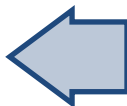
**PERSONAL DE SALUD  
AUTORIZADO**



**NOTARIA O  
REGISTRADURÍA**



**REGISTRO CIVIL**



**CERTIFICADO**



**ANTECEDENTE**



**INFORMACION**



**BASE DE DATOS  
MPS**



**BASE DE DATOS  
ESPEJO DANE**



**ESTADÍSTICAS DE  
NACIMIENTOS/DEFUNCIONES**







**ACTA DE  
LEVANTAMIENTO**

**AUTORIZACION  
JUDICIAL**

**REGISTRO  
CIVIL  
DE  
DEFUNCION**



**NECROPSIA**

**CERTIFICADO  
DE DEFUNCION  
INML-CF**

**ANTECEDENTE**

**DATOS**

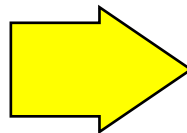
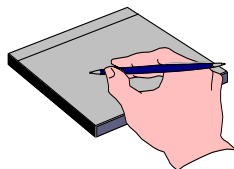
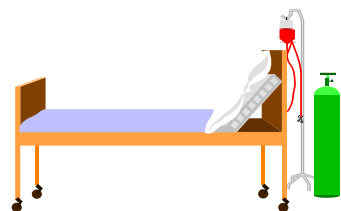
**FAMILIARES**

**BASE DE  
DATOS  
ESPEJO DANE**

**ESTADISTICAS  
DE  
DEFUNCIONES**

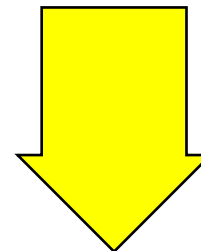






**CERTIFICADO ANTECEDENTE DE  
DEFUNCION  
(Original)**

**MEDICO O PERSONAL  
AUTORIZADO**



**REGISTRO CIVIL  
DE DEFUNCION**

**2 DIAS HABILES  
SIGUIENTES**



**FAMILIARES  
SOLICITAN LA  
LICENCIA DE  
INHUMACION**



# PROCEDIMIENTO DEFUNCION FETAL



**PERSONAL DE  
SALUD  
AUTORIZADO**



**CERTIFICADO**



**INFORMACION**



**BASE DE DATOS MPS**



**BASE DE DATOS  
ESPEJO DANE**



**ESTADÍSTICAS DE  
DEFUNCIONES**

“El prestador expide el certificado de defunción para **efectos estadísticos**” .

Todas muerte fetal independientemente del tiempo de gestación debe ser registrada en el sistema .  
(Decreto 1171 de 1997)

No hay implicaciones con Registro Civil  
(Decreto 1260 de 1970)

- Diligenciar el **certificado en RUAF** con el declarante para garantizar el suministro de todos los datos.
- No utilizar siglas.
- Información completa y veraz.



# CERTIFICADO DE NACIDO VIVO



Documento destinado a acreditar el “nacimiento de todo individuo independiente del lugar donde ocurra”.

El certificado consta de dos formatos:

**1. *Formato con fines civiles:*** Se denomina Certificado de Nacido Vivo Antecedente para el registro Civil. Contiene la información indispensable para la inscripción ante la oficina de Registro Civil (Notaria o registraduría). Las variables de este formato no están enumeradas.

**2. *Formato con fines estadísticos y de salud Pública:*** Se denomina Certificado Nacido Vivo, Consta de Tres partes:

- I. Datos del Nacimiento
- II. Datos de los padres del nacido vivo.
- III. Datos de quien certifica la defunción.






# ANTECEDENTE DE NACIDO VIVO




COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES



República de Colombia

**CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**

**ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL**



**DANE**

Ministerio de la Protección Social

**CONFIDENCIAL**

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**

(Consulte instrucciones al respaldo)

**LUGAR DEL NACIMIENTO**

Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

**ÁREA DEL NACIMIENTO**

☐ Cabecera municipal ☐ Centro poblado \_\_\_\_\_ ☐ Rural disperso \_\_\_\_\_

Inspección, corregimiento o caserio \_\_\_\_\_

**FECHA DEL NACIMIENTO**

Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

**HORA DEL NACIMIENTO**

Hora \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

☐ Sin establecer

**SEXO DEL NACIDO VIVO**

☐ Masculino ☐ Femenino

**HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO**

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

Factor Rh \_\_\_\_\_

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

**TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE**

☐ Registro civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de ciudadanía

☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Sin información

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

**DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO**

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

**TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**

☐ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte

**NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

**PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO**

☐ Médico ☐ Enfermero(a)

☐ Auxiliar de enfermería ☐ Promotor(a) de salud

**REGISTRO PROFESIONAL**

**LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

Departamento \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO**

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística del DANE. Forma DANE D-250. Septiembre de 2007



# CERTIFICADO DE NACIDO VIVO



RTAMENTAL  
AS VITALES



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

## CERTIFICADO DE NACIDO VIVO



Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO  
DE NACIDO VIVO

(Consulte instrucciones al respaldo)

### I. DATOS DEL NACIMIENTO

#### 2. LUGAR DEL NACIMIENTO

Departamento

Municipio

#### 3. ÁREA DEL NACIMIENTO

- ☐ 1. Cabeecera municipal ☐ 2. Centro poblado  
☐ 3. Rural disperso Inspección, corregimiento o caserio

#### 4. SITIO DEL PARTO

- ☐ 1. Institución de salud ☐ 2. El domicilio  
☐ 3. Otro sitio, ¿cuál?

#### 5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

Nombre

Código

\_\_\_\_\_

#### 6. SEXO DEL NACIDO VIVO

- ☐ 1. Masculino  
☐ 2. Femenino

#### 7. PESO DEL NACIDO VIVO, AL NACER

\_\_\_\_\_ Gramos

#### 8. TALLA DEL NACIDO VIVO, AL NACER

\_\_\_\_\_ Centímetros

#### 9. FECHA DEL NACIMIENTO

\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día

#### 10. HORA DEL NACIMIENTO

Hora \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ ☐ Sin establecer

#### 11. EL PARTO FUE ATENDIDO POR:

- ☐ 1. Médico ☐ 2. Enfermero(a) ☐ 3. Auxiliar de enfermería ☐ 4. Promotor(a) de salud  
☐ 5. Partera ☐ 6. Otra persona, ¿cuál?

#### 12. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL NACIDO VIVO

- ☐ Semanas completas  
☐ Ignorado

#### 13. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES QUE TUVO LA MADRE DEL NACIDO VIVO

☐ Consultas

#### 14. TIPO DE PARTO DE ESTE NACIMIENTO

- ☐ 1. Espontáneo ☐ 2. Cesárea ☐ 3. Instrumentado ☐ 4. Ignorado

#### 15. MULTIPLICIDAD DEL EMBARAZO

- ☐ 1. Simple ☐ 2. Doble ☐ 3. Triple ☐ 4. Cuádruple o más

#### 16. APGAR DEL NACIDO VIVO

Al minuto \_\_\_\_\_ (1-10)

A los cinco minutos \_\_\_\_\_ (1-10)

#### 17. HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor Rh \_\_\_\_\_

#### 18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO:

- ☐ 1. Indígena ¿A cuál pueblo indígena pertenece? \_\_\_\_\_  
☐ 2. Rom (gitano) ☐ 3. Raíz del Archipiélago de San Andrés y Providencia ☐ 4. Palenquero de San Basilio ☐ 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente ☐ 6. Ninguno de los anteriores



## II. DATOS DE LOS PADRES DEL NACIDO VIVO

### DATOS DE LA MADRE DEL NACIDO VIVO EN EL MOMENTO DEL PARTO

19. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

20. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

- ☐ 1. Registro civil ☐ 2. Tarjeta de identidad ☐ 3. Cédula de ciudadanía  
☐ 4. Cédula de extranjería ☐ 5. Pasaporte ☐ 9. Sin información

21. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

22. EDAD DE LA MADRE A LA FECHA DEL PARTO

Años cumplidos

23. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE

- ☐ 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja ☐ 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja  
☐ 3. Está separada, divorciada ☐ 4. Está viuda  
☐ 5. Está soltera ☐ 6. Está casada  
☐ 9. Sin información

24. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE

- ☐ 1. Preescolar ☐ 2. Básica primaria ☐ 3. Básica secundaria ☐ 4. Media académica o clásica ☐ 5. Media técnica  
☐ 6. Normalista ☐ 7. Técnica profesional ☐ 8. Tecnológica ☐ 9. Profesional ☐ 10. Especialización  
☐ 11. Maestría ☐ 12. Doctorado ☐ 13. Ninguno ☐ 99. Sin información

Último año o grado aprobado

25. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

País

Departamento

Municipio

26. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

- ☐ 1. Cabecera municipal Barrio \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Localidad o comuna \_\_\_\_\_  
☐ 2. Centro poblado Inspección, corregimiento o caserío \_\_\_\_\_  
☐ 3. Rural disperso Vereda \_\_\_\_\_

27. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS QUE HA TENIDO LA MADRE, INCLUIDO EL PRESENTE

Hijos

28. FECHA DE NACIMIENTO DEL ANTERIOR HIJO NACIDO VIVO

Año  Mes  Día

29. NÚMERO DE EMBARAZOS, INCLUIDO EL PRESENTE

Embarazos

30. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA MADRE

- ☐ 1. Contributivo ☐ 2. Subsidiado ☐ 3. Excepción  
☐ 4. Especial ☐ 5. No asegurado

31. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECE LA MADRE

- Tipo de administradora ☐ 1. Entidad Promotora de Salud ☐ 2. Entidad Promotora de Salud Subsidiada ☐ 3. Entidad Adaptada de Salud  
☐ 4. Entidad Especial de Salud ☐ 5. Entidad Excepcionada de Salud

Nombre de la administradora \_\_\_\_\_





COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES



### III. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

34. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

35. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

- ☐ 1. Cédula de ciudadanía
- ☐ 2. Cédula de extranjería
- ☐ 3. Pasaporte

36. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

37. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

- ☐ 1. Médico
- ☐ 2. Enfermero(a)
- ☐ 3. Auxiliar de enfermería
- ☐ 4. Promotor(a) de salud
- ☐ 5. Funcionario de registro civil

38. REGISTRO PROFESIONAL

39. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

Año

Mes

Día

Municipio

40. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO



# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

Documento destinado a acreditar la “defunción de todo individuo nacido vivo o nacido muerto, según el caso” incluido las muertes fetales independientes de las semanas de gestación.

El certificado consta de dos formatos:

**1. Formato con fines civiles:** Se denomina Certificado de defunción Antecedente para el registro Civil. Contiene la información indispensable para la inscripción ante la oficina de Registro Civil (Notaria o registraduría). Las variables de este formato no están enumeradas.

**2. Formato con fines estadísticos y de salud Pública:** Se denomina Certificado de Defunción, Consta de Seis partes:

- I. Información general
- II. Defunciones fetales o de menores 1 año.
- III. Defunción de mujeres en edad fértil.
- IV. Muertes violentas.
- V. Causas de defunciones para todos los casos
- VI. Datos de quien certifica la defunción



# ANTECEDENTE DE DEFUNCION



República de Colombia

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

Ministerio de la Protección Social

### CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

NÚMERO DEL CERTIFICADO  
DE DEFUNCIÓN

(Consulte Instrucciones al respaldo)

### I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
Departamento	Municipio
<b>ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Cabeera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado _____ Inspección, corregimiento o caserio <input type="checkbox"/> Rural disperso	
<b>TIPO DE DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> No fetal	<b>FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Año: ____ Mes: ____ Día: ____ <b>HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b> Hora: ____ Minutos: ____ <input type="checkbox"/> Sin establecer
<b>SEXO DEL FALLECIDO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado	<b>APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b> Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
<b>TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO</b> <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Sin información	<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b> _____
<b>PROBABLE MANERA DE MUERTE</b> <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> En estudio	

### DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

<b>APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b> Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____			
<b>TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b> _____	<b>PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	<b>REGISTRO PROFESIONAL</b> _____
<b>LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO</b> Departamento: _____ Municipio: _____ Año: ____ Mes: ____ Día: ____		<b>FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN</b> _____	

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística del DANE. Forma DANE D-600. Septiembre de 2007





# CERTIFICADO DE DEFUNCION



ARTAMENTAL  
CAS VITALES



Ministerio de la  
Protección Social



República de Colombia  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5°.

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO  
DE DEFUNCIÓN

(Consulte instrucciones anexas)

## I. INFORMACIÓN GENERAL

### 2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Departamento

Municipio

### 3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

☐ 1. Cabecera municipal ☐ 2. Centro poblado ☐ 3. Rural disperso  
Inspección, corregimiento o caserío

### 4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

☐ 1. Hospital/clínica ☐ 2. Centro/puesto de salud ☐ 3. Casa/domicilio  
☐ 4. Lugar de trabajo ☐ 5. Vía pública ☐ 6. Otro sitio, ¿cuál? ☐ 9. Sin información

### 5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Código

### 6. TIPO DE DEFUNCIÓN

☐ 1. Fetal ☐ 2. No fetal

### 7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

\_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Día

### 8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Hora \_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_ ☐ Sin establecer

### 9. SEXO DEL FALLECIDO

☐ 1. Masculino ☐ 2. Femenino ☐ 3. Indeterminado ☐ Si la muerte es fetal, pase a la pregunta 19

### 10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

### 11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

☐ 1. Registro civil ☐ 2. Tarjeta de identidad ☐ 3. Cédula de ciudadanía  
☐ 4. Cédula de extranjería ☐ 5. Pasaporte ☐ 9. Sin información

### 12. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

### 13. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO

\_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Día

### 14. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO

☐ 1. No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja ☐ 2. No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja  
☐ 3. Estaba separado(a), divorciado(a) ☐ 4. Estaba viudo(a)  
☐ 5. Estaba soltero(a) ☐ 6. Estaba casado(a)  
☐ 9. Sin información

### 15. EDAD DEL FALLECIDO

☐ 0. Menor de una hora (en minutos) ☐ 1. Menor de un día (en horas) (01-23)  
☐ 2. Menor de un mes (en días) ☐ 3. Menor de un año (en meses) (01-11) (01-29)  
☐ 4. De un año o más (en años cumplidos)  
Edad \_\_\_\_



**16. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO**

- ☐ 1. Preescolar    ☐ 2. Básica primaria    ☐ 3. Básica secundaria    ☐ 4. Media académica o clásica    ☐ 5. Media técnica    ☐ 6. Normalista    ☐ 7. Técnica profesional    ☐ 8. Tecnológica  
☐ 9. Profesional    ☐ 10. Especialización    ☐ 11. Maestría    ☐ 12. Doctorado    ☐ 13. Ninguno    ☐ 99. Sin información

Último año o grado aprobado

**17. LA OCUPACIÓN PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCIÓN**

- ☐ 1. Sí    ☐ 2. No  
☐ Accidente de trabajo  
☐ Enfermedad profesional

¿Cuál fué la última ocupación habitual del fallecido?

**18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO:**

- ☐ 1. Indígena    ☐ 2. Rom (gitano)    ☐ 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia    ☐ 4. Palenquero de San Basilio  
☐ 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodesendiente    ☐ 6. Ninguno de los anteriores

¿A cuál pueblo indígena pertenecía?

**19. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)**

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

**20. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)**

- ☐ 1. Cabecera municipal    Barrio \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Localidad o comuna \_\_\_\_\_  
☐ 2. Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) \_\_\_\_\_  
☐ 3. Rural disperso    Vereda \_\_\_\_\_

**21. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)**

- ☐ 1. Contributivo    ☐ 2. Subsidiado    ☐ 3. Excepción  
☐ 4. Especial    ☐ 5. No asegurado

**22. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECIÓ EL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, LA ENTIDAD ADMINISTRADORA A LA QUE PERTENECE LA MADRE)**

- Tipo de administradora: ☐ 1. Entidad Promotora de Salud    ☐ 2. Entidad Promotora de Salud-Subsidiado    ☐ 3. Entidad Adaptada de Salud  
☐ 4. Entidad Especial de Salud    ☐ 5. Entidad Excepuada de Salud

Nombre de la administradora \_\_\_\_\_

**23. PROBABLE MANERA DE MUERTE**

- ☐ 1. Natural    ☐ 2. Violenta  
☐ 3. En estudio

**24. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR:**

- ☐ 1. Médico tratante    ☐ 2. Médico no tratante    ☐ 3. Médico legista  
☐ 4. Personal de salud autorizado    ☐ 5. Funcionario del Registro Civil



## II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO

25. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO

- ☐ 1. Antes ☐ 2. Durante  
☐ 3. Después ☐ 4. Ignorado

26. TIPO DE PARTO –EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO:

- ☐ 1. Espontáneo ☐ 2. Cesárea  
☐ 3. Instrumentado ☐ 4. Ignorado

27. MULTIPLICIDAD –EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO:

- ☐ 1. Simple ☐ 2. Doble ☐ 3. Triple  
☐ 4. Cuádruple o más ☐ 5. Ignorado

28. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

Semanas completas ☐ Ignorado

29. PESO AL NACER DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

Gramos → Continuar al respaldo

## II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO (conclusión)

### DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

30. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

31. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

- ☐ 1. Registro civil ☐ 2. Tarjeta de identidad ☐ 3. Cédula de ciudadanía  
☐ 4. Cédula de extranjería ☐ 5. Pasaporte ☐ 9. Sin información

32. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

33. EDAD DE LA MADRE

Años cumplidos

34. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS DE LA MADRE (INCLUYENDO EL PRESENTE)

1. Nacidos vivos  2. Nacidos muertos

35. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE

- ☐ 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja ☐ 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja ☐ 3. Está separada, divorciada  
☐ 4. Está viuda ☐ 5. Está soltera ☐ 6. Está casada  
☐ 9. Sin información

36. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE

- ☐ 1. Preescolar ☐ 2. Básica primaria ☐ 3. Básica secundaria ☐ 4. Media académica o clásica ☐ 5. Media técnica ☐ 6. Normalista ☐ 7. Técnica profesional ☐ 8. Tecnológica  
☐ 9. Profesional ☐ 10. Especialización ☐ 11. Maestría ☐ 12. Doctorado ☐ 13. Ninguno ☐ 99. Sin información

Último año o grado aprobado

### III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10 A 54 AÑOS)

37. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?

- ☐ 1. Sí (Pase a 40) ☐ 2. No  
☐ 9. Sin información

38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS?

- ☐ 1. Sí (Pase a 40) ☐ 2. No  
☐ 9. Sin información

39. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- ☐ 1. Sí (Pase a 40) ☐ 2. No  
☐ 9. Sin información

### IV. MUERTES VIOLENTAS

40. PROBABLE MANERA DE MUERTE ☐ 1. Suicidio ☐ 2. Homicidio ☐ 3. Accidente de tránsito ☐ 4. Otro accidente ☐ 5. En estudio

41. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. y especificar si el fallecido era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado (la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores).

42. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO

Departamento

Municipio

Dirección de ocurrencia del hecho



## V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?

- ☐ 1. Necropsia
 ☐ 2. Historia clínica
 ☐ 3. Pruebas de laboratorio
 ☐ 4. Interrogatorio a familiares o testigos

44. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?

- ☐ 1. Si
 ☐ 2. No
 ☐ 3. Ignorado

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)

(Consigne una causa por línea):

I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.

a) Debido a:

CAUSAS ANTECEDENTES:

estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental.

c) Debido a:

d)

II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES

que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morboso que la produjo:

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Tiempo      Unidad de medida  
( minutos, horas, días, semanas, meses, años)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTOR(A) DE SALUD))

CAUSA PROBABLE DE MUERTE \_\_\_\_\_



# CERTIFICADO DE DEFUNCION



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

## DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

### 47. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

### 48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

- ☐ 1. Cédula de ciudadanía  
☐ 2. Cédula de extranjería  
☐ 3. Pasaporte

### 49. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

### 50. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

- ☐ 1. Médico ☐ 2. Enfermero(a)  
☐ 3. Auxiliar de enfermería ☐ 4. Promotor(a) de salud  
☐ 5. Funcionario de registro civil

### 51. REGISTRO PROFESIONAL

### 52. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

\_\_\_\_\_

Municipio

\_\_\_\_\_

Año   Mes   Día

### 53. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

\_\_\_\_\_



REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL





# QUE ES EL RUAF



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

## Registro Único de Afiliados (RUAF):

Es un sistema de información que contiene el registro de los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales)

### Con dos objetivos:

- ❖ Administrar la información sobre afiliados al SGSSS
- ❖ Registrar nacimientos, defunciones y flujo de extranjeros





# PARA INGRESAR COMO ADMINISTRADOR AL RUAF



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

Para ingresar al aplicativo web como administrador de usuarios se debe digitar la siguiente dirección:

<http://nd.ruaf.gov.co:8074/SecurityWeb2>

*Previamente se debe haber solicitado a Secretaría Departamental de Salud la creación del usuario y asignación de clave de acceso.*

REGISTRO ÚNICO DE AFILI... X

Ministerio de Salud y Protección Social

Administración Usuarios

Agenda de Conectividad

Usuario :  Clave :  Ingresar >>

[Olvidé mi clave](#)

Atención al usuario: Teléfono en Bogotá D.C. 5953525, en el resto del país 018000 952525, de l  
Correo electrónico [suportend@synapsis-it.com](mailto:suportend@synapsis-it.com) Centro de Contacto al Ciudadano del programa (

Al ingresar a este aplicativo usted esta aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en el.

Versión 3.1.2

# COMO INGRESAR CERTIFICADOS AL APLICATIVO RUAF

Para ingresar al aplicativo web se debe solicitar al funcionario de la institución con Rol Administrador en el RUAF la creación del usuario y asignación de una clave de acceso.

Luego digitar la siguiente dirección:

<http://nd.ruaf.gov.co:8074/websitende>



*Posteriormente el Medico puede cambiar la clave, una vez haya ingresado al aplicativo.*

## En la Institución Prestadora de Salud:

Cuatro (4) roles:

1. Rol Administrador de la Aplicación ND a nivel institucional
2. Rol Operativo de las Estadísticas Vitales (Estadístico)
3. Rol Médico
4. Rol Auditor

## Secretarias de Salud:

1. Rol de secretaria municipal de salud.
2. Rol de secretaria Departamental de salud

# FUNCIONES DEL ROL ADMINISTRADOR

Crear usuarios de la institución en el sistema y asignar clave de acceso inicial.

Deshabilitar del sistema los usuarios cada vez que se retiren de la institución.

Asesorar a los usuarios en como cambiar la clave o solicitar una nueva en caso de olvido.



Recepcionar, relacionar, distribuir y controlar el manejo de los antecedentes y estadísticos de nacido vivo y de defunción en blanco y diligenciado o anulados dentro de la institución.

Realizar control de cobertura, calidad y oportunidad de los hechos vitales ingresados en la institución.

Visualizar datos de un certificado de Nacido Vivo ó defunción ingresado por la institución.

Modificar datos de un certificado de Nacido Vivo ó defunción antes y después de confirmar en el Sistema.

Confirmar datos de un certificado de Nacido Vivo o defunción que aún no ha sido confirmado

Imprimir antecedente de certificado de Nacido Vivo y Defunción

Realizar consultas y obtener reportes de los datos de los certificados de Nacido Vivo y Defunción expedidos por la institución

Cambiar su contraseña actual

# FUNCIONES DEL ROL AUDITOR

Apoyar la crítica en la calidad del dato y notificar a los médicos de las inconsistencias que detecte

Apoyar la modificación de datos especialmente la relacionada con las causas de defunción, antes y después de confirmar el certificado en el Sistema, sólo cuando el medico se ha ausentado de la institución.

Visualizar datos de un certificado de Nacido Vivo ó defunción ingresado por la institución.

Ingresar un hecho vital en el sistema, sólo en caso de no haber sido digitado por el medico que expidió el antecedente de defunción y éste ya no se encuentra vinculado en la institución.



# FUNCIONES DEL ROL MEDICO



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

Ingresar en el sistema los datos del certificado de Nacido Vivo y Defunción.

Visualizar datos de un certificado de Nacido Vivo ó defunción ingresado por él.

Modificar datos de un certificado de Nacido Vivo ó defunción antes de confirmar en el Sistema.

Confirmar datos de un certificado de Nacido Vivo o defunción que aún no ha sido confirmado.

Realizar consultas y obtener reportes de los datos de los certificados de Nacido Vivo y Defunción expedidos por él mismo.

Realizar las actualizaciones, modificaciones o correcciones que puedan surgir de la precrítica hecha en la institución y de las solicitudes de aclaración hechas por la SSM o el DANE.

Garantizar la oportunidad y calidad de los hechos vitales que ingrese.

Cambiar contraseña actual.



## POR QUÉ SE REVISA LA CALIDAD?

Identificar, ubicar y caracterizar los principales errores y dificultades en el registro de las Estadísticas Vitales en forma permanente, que permita orientar las acciones de mejora continua para la obtención de datos confiables.



# COBERTURA EN EL REPORTE DE NACIDOS Y DEFUNCIONES



## POR QUÉ SE REVISA LA COBERTURA?

Para Controlar el subregistro, lograr la captura de la totalidad de los hechos vitales en ambos subsistemas y para cada zona geográfica y así disponer de información confiable, cercana a la realidad, para el calculo de indicadores.

***Los resultados de Estadísticas vitales es un insumo para datos poblacionales.***





TENGA EN CUENTA QUE EL  
DILGENCIAMIENTO DE TODAS  
VARIABLES SON DE ALTA  
IMPORTANCIA COMO INFORMACION  
ESTADISTICA DE NUESTRA POBLACION

# ASPECTOS RELEVANTES PARA DILIGENCIAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE

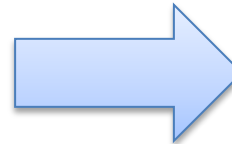


- **DIAGNÓSTICOS MAL DEFINIDOS Y/O NO PRECISOS**

**ESTAS CAUSAS ENTRE OTRAS,  
DEBEN APARECER ASOCIADAS A  
OTRAS ENFERMEDADES**

**Ó**

**PREFERIBLEMENTE NO SER USADAS  
COMO CAUSAS DE MUERTE**



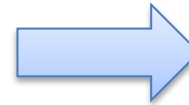
- Paro Cardiorespiratorio
- Hipotensión
- Anoxia
- Anemia
- Ascitis
- Carcinomatosis
- Convulsiones
- Asistolia





# ASPECTOS RELEVANTES PARA DILIGENCIAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE

- Tumor (sin mención de sitio y/o naturaleza)
- Malformación congénita sin especificación
- Hepatitis sin clasificar (tipo)
- Accidentes de tránsito sin especificación de vehículo o condición del ocupante o peatón
- Caída ( dónde, cómo?)



***EL MEDICO DEBE EN LO  
POSIBLE ESPECIFICAR TIPO,  
LOCALIZACION Y DEMAS  
INFORMACION QUE PERMITA  
CLASIFICAR MEJOR LA CAUSA***



COMITÉ DEPARTAMENTAL  
DE ESTADÍSTICAS VITALES

# ASPECTOS RELEVANTES PARA DILIGENCIAMIENTO DE CAUSAS DE MUERTE

- Síndrome de dificultad respiratoria recién nacido
- Membrana hialina
- Inmadurez Pulmonar
- Displasia Broncopulmonar
- Hipoglicemia neonatal
- Enterocolitis

**EXISTEN PATOLOGÍAS DE  
USO EXCLUSIVO PARA  
CERTIFICAR MUERTES  
NEONATALES**



REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



## ➤ CAUSAS DE MUERTE:

La causas de defunción que se deben registrar en el certificado son “todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones”.

## ➤ CAUSA BASICA DE MUERTE:

La causa básica de defunción es “la enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte”.

“Las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal”.

## ➤ AFECCION UNICA:

Cuando en el certificado se anota solamente una causa de defunción, esta se utiliza para la tabulación, siempre y cuando la afección este claramente definida

Ejemplo: Infarto Agudo de Miocardio  
Cáncer de Pulmón

## ➤ AFECCIONES TRIVIALES:

Son afecciones que por si mismas son improbables que provoquen la muerte.

Ejemplo: Uña encarnada

# SECUENCIA EN LAS CAUSAS DE MUERTE

➤ En lo posible especificar una secuencia en las causas de muerte, incluyendo tiempos de aparición en el paciente, esto facilita la codificación de una causa básica utilizada con fines estadísticos

## Ejemplo No. 1

Masculino, 50 años:

- |   |  |        |
|---|--|--------|
| I | a) Insuficiencia hepática              | 3 días |
|   | b) Obstrucción de las vías biliares    | 3 días |
|   | c) Carcinoma de la cabeza del páncreas | 1 mes  |

# SECUENCIA EN LAS CAUSAS DE MUERTE

➤ En lo posible especificar una secuencia en las causas de muerte, incluyendo tiempos de aparición en el paciente, esto facilita la codificación de una causa básica utilizada con fines estadísticos

## Ejemplo No. 2

Masculino, 54 años:

- |   |                                 |        |
|---|---------------------------------|--------|
| I | a) Hemorragia de tubo digestivo | 2 días |
|   | b) Várices esofágicas           | 1 mes  |
|   | c) Cirrosis hepática alcohólica | 6 años |

# SECUENCIA EN LAS CAUSAS DE MUERTE

➤ En lo posible especificar una secuencia en las causas de muerte, incluyendo tiempos de aparición en el paciente, esto facilita la codificación de una causa básica utilizada con fines estadísticos

## Ejemplo No. 3

Masculino, 59 años:

- |   |                                      |      |
|---|--------------------------------------|------|
| I | a) Infarto cerebral y cardíaco       | días |
|   | b) Insuficiencia arterial periférica | años |
|   | c) Diabetes Mellitus                 | años |