



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
MUNICIPIO DE BARRANQUILLA
DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA MUNICIPAL



CEMENTERIO «UNIVERSAL»

SECCION HEBREA
BOLETIN No.

Señor Celador del Cementerio

Previo cumplimiento de las formalidades legales, permita Ud. la inhumación en ese Establecimiento, del cadaver de

Blodornes Solas B
natural de *Baranquilla*

sexo *M* color *blanco*

religión *Hebraica* Estado civil *casado*

fecha nacimiento *10 Agosto 1872*

Bautizado (Parroquia o casa)

edad *62 años* meses *0* días *0* hrs.

legítimo *si* pobre de solemnidad *no*

profesión *comerciante* día último que

trabajó esa profesión *si*

Murió a las *4 p.m.* del día *23 Abril 1935*

(lugar) en *Barranquilla*

No. de la fosa o bóveda

Se entregó la boleta a las

a la Agencia Funeraria o interesado.

Casa del duelo Calle *300 E. Grado*

Carrera *300* Acera *E. Grado* Casa No.

Pagó \$ *0* derechos causados.

Recibí, El Tesorero,

INSPECCION DE SANIDAD MUNICIPAL
REGISTRO DE DEFUNCIONES

Barranquilla,

La presente boleta fue anotada en el Libro de Registro No. *3*

El Oficial de Turno,

INHUMESE

EL ALCALDE

INHUMADO A LAS *4 p.m.* DEL DIA *23*

El Celador del Cementerio,

HORAS DE ENTIERRO: DE 6 A. M. A 6 P. M.

Barranquilla, de 193

EL INFRASCRITO MEDICO CIRUJANO.

CERTIFICA:

Que ha atendido a *Don Blas Solas B.*
desde el día *08 Julio 1934* hasta *23 Abril 1935*
Que la última vez que lo vió con vida fue *23 Abril 1935*
y la muerte debió ocurrir en la fecha *23 Abril 1935*
a las *5 p.m.* causa principal de su muerte fue:
miocarditis coronaria con
nefritis crónica
clasificado bajo el No. *847* de la Nomenclatura Internacional. Confirmé el diagnóstico con

Se le hizo

(firma del médico) *Dr. J. J. J.*

CERTIFICADO DE "NACIDO-MUERTO"

EL INFRASCRITO MEDICO CIRUJANO.

CERTIFICA:

Que *NACIO MUERTO* por
(firma del médico)

CERTIFICADO "SIN ASISTENCIA MEDICA"

EL INFRASCRITO MEDICO CIRUJANO.

CERTIFICA:

Que *murió sin asistencia médica, y que por el examen del cadáver, la muerte ha podido ocurrir por*

clasificado bajo el No. de la Nomenclatura Internacional.

Se le hizo

(firma del médico)