

aporta pruebas de oficio

natalia Ospina <natiferro9@gmail.com>

Lun 19/02/2024 2:28 PM

Para: Juzgado 03 Civil Municipal - Valle del Cauca - Guadalajara De Buga <j03cmbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (9 MB)

55 APORTA PRUEBAS DE OFICIO.pdf; certificado de defunción Cristina Lozano.pdf;

Atentamente,

NATALIA OSPINA FERRO

Abogada especialista en Derecho Procesal Civil

Contacto: (+57) 3177575286

AVISO LEGAL: Este mensaje y sus anexos pueden contener información confidencial o legalmente protegida y no puede ser utilizada ni divulgada por personas diferentes a su destinatario. Si por error, recibe este mensaje, por favor avise inmediatamente a su remitente y destruya toda copia que tenga del mismo. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización respectiva sería sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. De otra parte, al destinatario se le considera custodio de la información contenida y debe velar por su confidencialidad, integridad y privacidad.

Recuerde imprimir solo si es necesario, de lo contrario almacene virtualmente.

Guadalajara de Buga – Valle del Cauca, 16 de febrero de 2024

SEÑORES:
JUZGADO TERCEO CIVIL MUNICIPAL DE BUGA
ATN: DRA. JANETH DOMINGUEZ OLIVEROS
E.S.D.

REFERENCIA: DEMANDA EJECUTIVA SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA.
DEMANDANTE: ROBEIRO VASQUEZ (C.C. 94.192.806)
DEMANDADO: MARTINA GARCIA LOZANO heredera de MARIA CRISTINA LOZANO
OSPINA (Q.E.P.D) y herederos indeterminados.
RADICADO: 2021-00290-00

REFERENCIA: APORTA PRUEBAS DECRETADAS DE OFICIO

NATALIA OSPINA FERRO, abogada en ejercicio mayor de edad, domiciliada en Buga, identificada con cédula de ciudadanía 1.115.084.145 de Buga (V) y tarjeta profesional No. 363.768 del C.S.J. obrando como apoderada de la parte demandante, por medio de la presente me permito dar cumplimiento al auto No.236 del 06 de febrero de 2024 notificado en estados el 07 de febrero de 2024, así:

PRIMERO: Adjunto al presente certificado de defunción de la señora MARIA CRISTINA LOZANO OSPINA (Q.E.P.D.) debidamente apostillado y traducido expedido por la autoridad competente.

SEGUNDO: Es menester aclarar a este despacho que: la afirmación de la apoderada en el escrito que descurre las excepciones en el que me permito citar: “el negocio se realizó directamente con la señora MARIA CRISTINA LOZANO (Q.E.P.D.) de manera virtual”, es una manifestación de la que no existe ningún documento físico, virtual o grabación que sustente este negocio, pues se realizó vía llamada telefónica desde el teléfono del señor JOHNNYE GONZALEZ VELEZ en la que estuvo presente ROBEIRO VÁSQUEZ, la cual se realizó con la señora MARIA CRISTIAN LOZANO OSPINA (Q.E.P.D.) vía WhatsApp, pues era ese el medio por el cual se comunicaban ya que la señora LOZANO OSPINA (Q.E.P.D.) vivía para esa época en Estado Unidos. Por lo anterior, no existe ninguna prueba más que la escritura pública No. 3422 del 09 de diciembre de 2016 clausula vigésima segunda, suscrita por la señora LOZANO OSPINA (Q.E.P.D.) y JOHNNYE GONZALEZ VELEZ, las letras de cambio suscritas, donde se evidencia que tiene poder y autorización expresa para celebrar dicho negocio, así como el reconocimiento de los pagos de intereses que realizaban según el acta de rendimiento de cuentas que reposa en el expediente, el testimonio del señor ROBEIRO VASQUEZ y JOHNNYE GONZALEZ VELEZ .

Atentamente,



NATALIA OSPINA FERRO
C.C. 1.115.084.145 de Buga
T.P. 363.768 C.S.J.

State of California
Secretary of State

This Certificate is not valid for use anywhere within the United States of America, its territories or possessions.

NOTARIA PRIMERA
BUGA-VALLE

APOSTILLE
(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

Country: United States of America
Pays / País:

This public document
Le présent acte public / El presente documento público

has been signed by
a été signé par
ha sido firmado por
Sandy Chanthasy

acting in the capacity of
agissant en qualité de
quien actúa en calidad de
Deputy County Recorder

bears the seal / stamp of
est revêtu du sceau / timbre de
y está revestido del sello / timbre de
County of Santa Clara, State of California

Certified
Attesté / Certificado

at
à / en
Sacramento, California
6.th
le / el día
14th day of January 2021

by
par / por
Secretary of State, State of California

No
sous no
bajo el número
29088

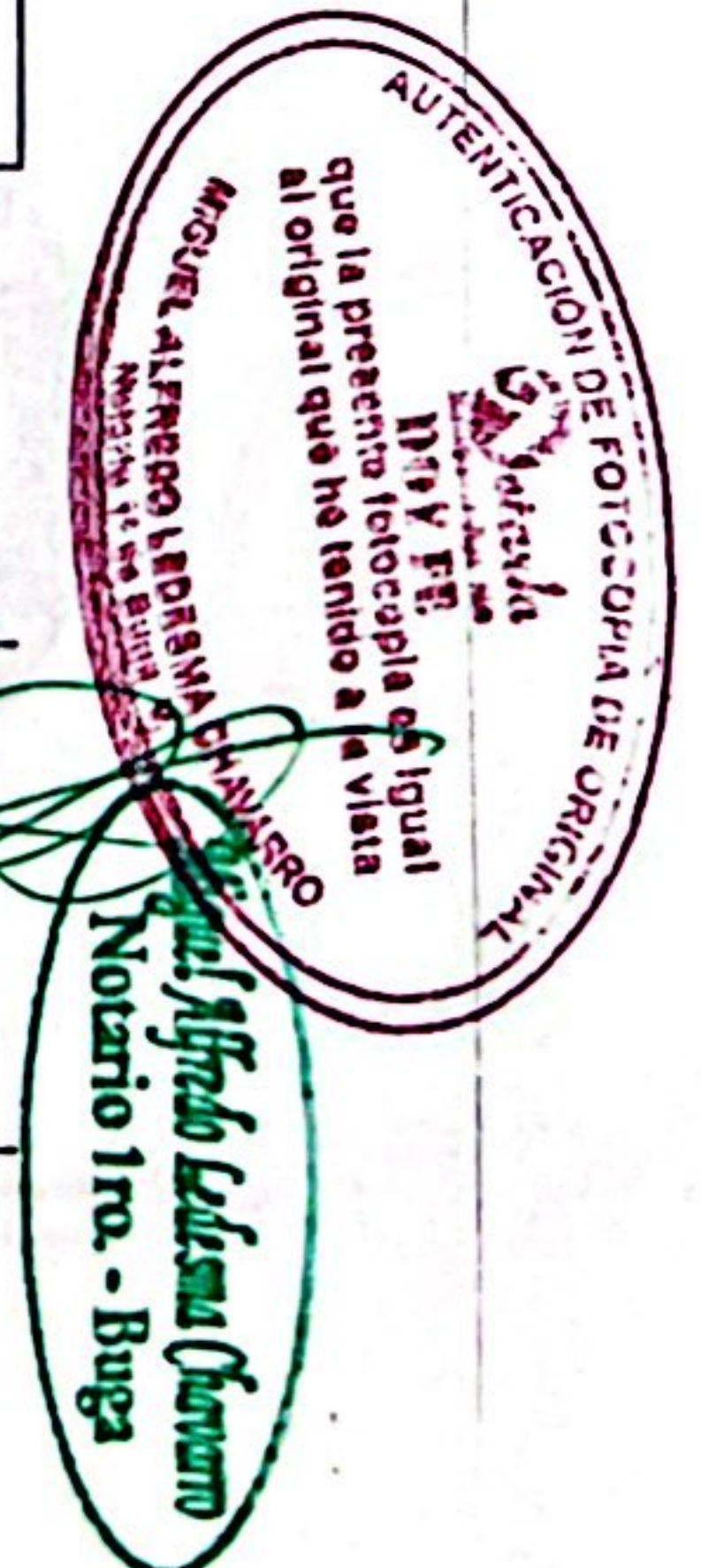
Seal / stamp:
Sceau / timbre:
Sello / timbre:



10. Signature:
Signature:
Firma:

Alex Zell

Dcto. 2150/95
Ley 448/98
Art. II Y55 Ley 952/05
(Antitrámites)



This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.
This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued.
To verify the issuance of this Apostille, see: apostille-search.sos.ca.gov/.
This certificate does not constitute an Apostille under the Hague Convention of 5 October 1961, when it is presented in a country which is not a party to the Convention. In such cases, the certificate should be presented to the consular section of the mission representing that country.

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont l'acte public est revêtu.
Cet Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.
Cet Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante: apostille-search.sos.ca.gov/.
Ce certificat ne constitue pas une Apostille en vertu de la Convention de La Haye du 5 Octobre 1961, lorsque présenté dans un pays qui n'est pas partie à cette Convention. Dans ce cas, le certificat doit être présenté à la section consulaire de la mission qui représente ce pays.

La Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.
La Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió.
La Apostilla se puede verificar en la dirección siguiente: apostille-search.sos.ca.gov/.
Este certificado no constituye una Apostilla en virtud del Convenio de La Haya de 5 de octubre de 1961 cuando se presenta en un país que no es parte del Convenio. En estos casos, el certificado debe ser presentado a la sección consular de la misión que representa a ese país.

County of Santa Clara

Office of the County Clerk-Recorder
Business Division

County Government Center
70 West Hedding Street, First Floor - East Wing
San Jose, CA 95110 (408) 299-5688



12/29/2020

PUBLIC OFFICIAL CERTIFICATE

Dcto. 2150/95
Ley 448/98
Art. II Y55 Ley 962/05
(Antitramites)

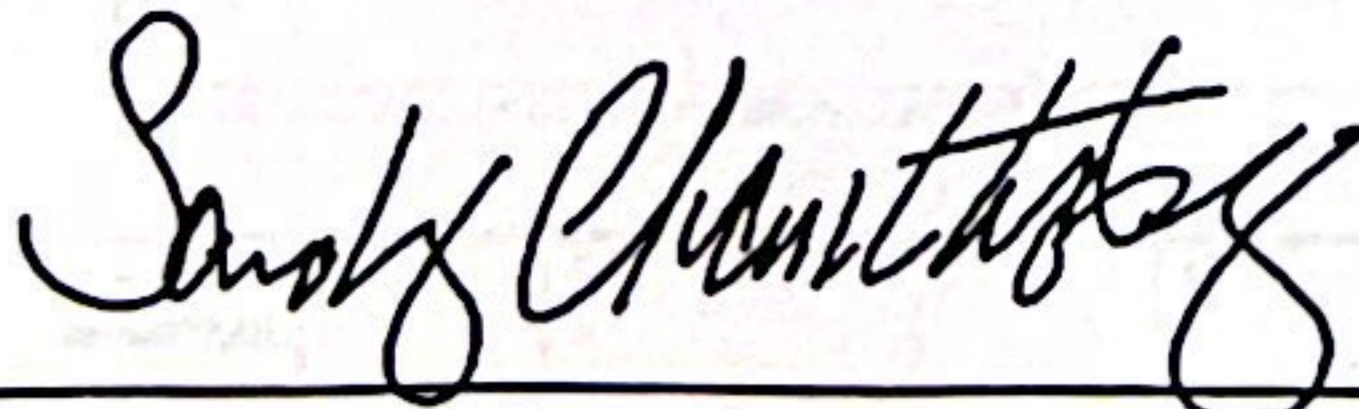
I, Regina Alcomendras, Clerk-Recorder of the County of Santa Clara, State of California do hereby certify that: **Sara H. Cody, MD** whose name is attached to the annexed CERTIFICATE OF DEATH, STATE OF CALIFORNIA, is now and was at the date thereof HEALTH OFFICER AND LOCAL REGISTRAR OF BIRTHS AND DEATHS, in and for said County, duly elected/appointed/commissioned and qualified, and authorized by law to sign the same and full faith and credit are due to all his/her official acts as such officer.

I FURTHER CERTIFY that I am well acquainted with the handwriting of said official and believe that the signature to said annexed instrument is genuine.

In testimony whereof, I have here unto set my hand and affixed the seal of said Clerk-Recorder.

Sincerely,

REGINA ALCOMENDRAS
Santa Clara County Clerk-Recorder

By: 
Sandy Chanthasy, Deputy Clerk-Recorder

21 ENE 2021



Board of Supervisors: Mike Wasserman, Cindy Chavez, Otto Lee, Susan Ellenberg, S. Joseph Simitian
County Executive: Jeffrey V. Smith

STATE OF CALIFORNIA

CERTIFICATION OF VITAL RECORD

COUNTY of SANTA CLARA

PUBLIC HEALTH DEPARTMENT VITAL RECORDS AND REGISTRATION

3052020097422

CERTIFICATE OF DEATH

3202043004029

STATE FILE NUMBER		USE BLACK INK ONLY / NO ERASURES, WHITEOUTS OR ALTERATIONS VS-1 (REV 3/06)		LOCAL REGISTRATION NUMBER	
1. NAME OF DECEDENT - FIRST (Given)		2. MIDDLE		3. LAST (Family)	
MARIA CRISTINA				LOZANO OSPINA	
4. DATE OF BIRTH mm/dd/yyyy		5. AGE Yrs.		6. SEX	
05/25/1975		44		F	
9. BIRTH STATE/FOREIGN COUNTRY		10. SOCIAL SECURITY NUMBER		11. EVER IN U.S. ARMED FORCES?	
COLOMBIA		392-59-5847		☐ YES ☒ NO ☐ UNK	
12. MARITAL STATUS/SPOUSE (at Time of Death)		13. EDUCATION - Highest Level/Degree (see worksheet on back)		14. WAS DECEDENT HISPANIC/LATINO/SPANISH? (if yes, see worksheet on back)	
MARRIED		BACHELOR		☒ YES ☐ NO ☐ UNK	
15. DECEDENT'S RACE - Up to 3 races may be listed (see worksheet on back)		16. DECEDENT'S RACE - Up to 3 races may be listed (see worksheet on back)		17. USUAL OCCUPATION - Type of work for most of life. DO NOT USE RETIRED	
COLOMBIAN		COLOMBIAN		SCHOOL ADMINISTRATOR	
18. KIND OF BUSINESS OR INDUSTRY (e.g., grocery store, road construction, employment agency, etc.)		19. YEARS IN OCCUPATION		20. DECEDENT'S RESIDENCE (Street and number, or location)	
EDUCATION		16		1775 MILMONT DR. APT N104	
21. CITY		22. COUNTY/PROVINCE		23. ZIP CODE	
MILPITAS		SANTA CLARA		95035	
24. YEARS IN COUNTY		25. STATE/FOREIGN COUNTRY		26. INFORMANT'S NAME, RELATIONSHIP	
3		CA		NATHAN TANG, POA	
27. INFORMANT'S MAILING ADDRESS (Street and number, or rural route number, city or town, state and zip)		28. NAME OF SURVIVING SPOUSE/SPOUSE-DECEASED		29. MIDDLE	
3845 HARRISON ST. #107, OAKLAND, CA 94611		DUC		TANG	
30. LAST (BIRTH NAME)		31. NAME OF FATHER/PARENT-FIRST		32. MIDDLE	
TANG		JAIR		JOSE	
33. LAST (BIRTH NAME)		34. BIRTH STATE		35. NAME OF MOTHER/PARENT-FIRST	
LOZANO BEDOYA		COLOMBIA		RUBIELA	
36. MIDDLE		37. LAST (BIRTH NAME)		38. BIRTH STATE	
OSPINA		FRANCO		COLOMBIA	
39. DEPOSITION DATE mm/dd/yyyy		40. PLACE OF FINAL DISPOSITION		41. TYPE OF DISPOSITION(S)	
05/10/2020		HOME OF CARMEN JULIA LOZANO OSPINA CALLE 11 4-29 LA REVOLUCION, BUGA VALLE, COLOMBIA		CR/TR	
42. SIGNATURE OF EMBALMER		43. LICENSE NUMBER		44. NAME OF FUNERAL ESTABLISHMENT	
NOT EMBALMED				BERGE-PAPPAS-SMITH CHAPEL OF THE ANGELS	
45. LICENSE NUMBER		46. SIGNATURE OF LOCAL REGISTRAR		47. DATE mm/dd/yyyy	
FD668		SARA H CODY, MD		05/06/2020	
101. PLACE OF DEATH		102. IF HOSPITAL, SPECIFY ONE		103. IF OTHER THAN HOSPITAL, SPECIFY ONE	
DECEDENT'S RESIDENCE		☐ IF ☐ ERVOP ☐ DCA		☐ Hospice ☐ Nursing Home/LTC ☒ Decedent's Home ☐ Other	
104. COUNTY		105. FACILITY ADDRESS OR LOCATION WHERE FOUND (Street and number, or location)		106. CITY	
SANTA CLARA		1775 MILMONT DR. APT N104		MILPITAS	
107. CAUSE OF DEATH		108. DEATH REPORTED TO CORONER?		109. DEATH REPORTED TO CORONER?	
IMMEDIATE CAUSE (First disease or condition resulting in death)		☐ YES ☒ NO		☐ YES ☒ NO	
A CARDIOPULMONARY ARREST		Time Interval Between Death and Death		110. BIOPSY PERFORMED?	
B ACUTE HYPOXIC RESPIRATORY FAILURE		(A) MINS		☐ YES ☒ NO	
C LUNG CANCER METASTASIZED TO THE BRAIN		(B) DYS		111. AUTOPSY PERFORMED?	
D		(C) MOS		☐ YES ☒ NO	
E		(D) MOS		112. USED IN DETERMINING CAUSE?	
112. OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH BUT NOT RESULTING IN THE UNDERLYING CAUSE GIVEN IN 107		☐ YES ☒ NO		☐ YES ☒ NO	
NONE		113. WAS OPERATION PERFORMED FOR ANY CONDITION IN ITEM 107 OR 112? (If yes, list type of operation and date)		114. IF FEMALE, PREGNANT IN LAST YEAR?	
NO		NO		☐ YES ☒ NO ☐ UNK	
115. I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE DEATH OCCURRED AT THE HOUR, DATE, AND PLACE STATED FROM THE CAUSES STATED.		116. SIGNATURE AND TITLE OF CERTIFIER		117. LICENSE NUMBER	
Decedent Last Seen Alive		SRI VARDHAN REDDY KOOTURU M.D.		A112243	
(A) mm/dd/yyyy		118. TYPE ATTENDING PHYSICIAN'S NAME, MAILING ADDRESS, ZIP CODE		119. DATE mm/dd/yyyy	
04/30/2020		SRI VARDHAN REDDY KOOTURU M.D.		05/04/2020	
(B) mm/dd/yyyy		5994 W. LAS POSITAS BLVD. #221, PLEASANTON, CA 94588			
119. I CERTIFY THAT IN MY OPINION DEATH OCCURRED AT THE HOUR, DATE, AND PLACE STATED FROM THE CAUSES STATED.		120. INJURED AT WORK?		121. INJURY DATE mm/dd/yyyy	
MANNER OF DEATH ☐ Natural ☐ Accident ☐ Homicide ☐ Suicide ☐ Pending Investigation ☐ Could not be determined		☐ YES ☐ NO ☐ UNK		122. HOUR (24 Hours)	
123. PLACE OF INJURY (e.g., home, construction site, wooded area, etc.)		124. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED (Events which resulted in injury)		125. LOCATION OF INJURY (Street and number, or location, and city, and zip)	
126. SIGNATURE OF CORONER / DEPUTY CORONER		127. DATE mm/dd/yyyy		128. TYPE NAME, TITLE OF CORONER / DEPUTY CORONER	
STATE REGISTRAR		A B C D E		FAX AUTH#	
				CENSUS TRACT	
				"010001004528826"	

27 ENE 2021

Deco. 2150/95
Ley 448/98
Art. 11 YSS Ley 962/05
(Antitramites)

AUTENTICACION DE FOTOCOPIA DE ORIGINAL
Miguel Alfredo Ledesma
Notario P. de Buga V.
HABERSE LEYENDADO EN EL
Notario P. de Buga V.

CERTIFIED COPY OF VITAL RECORDS

STATE OF CALIFORNIA

COUNTY OF SANTA CLARA } SS

DATE ISSUED

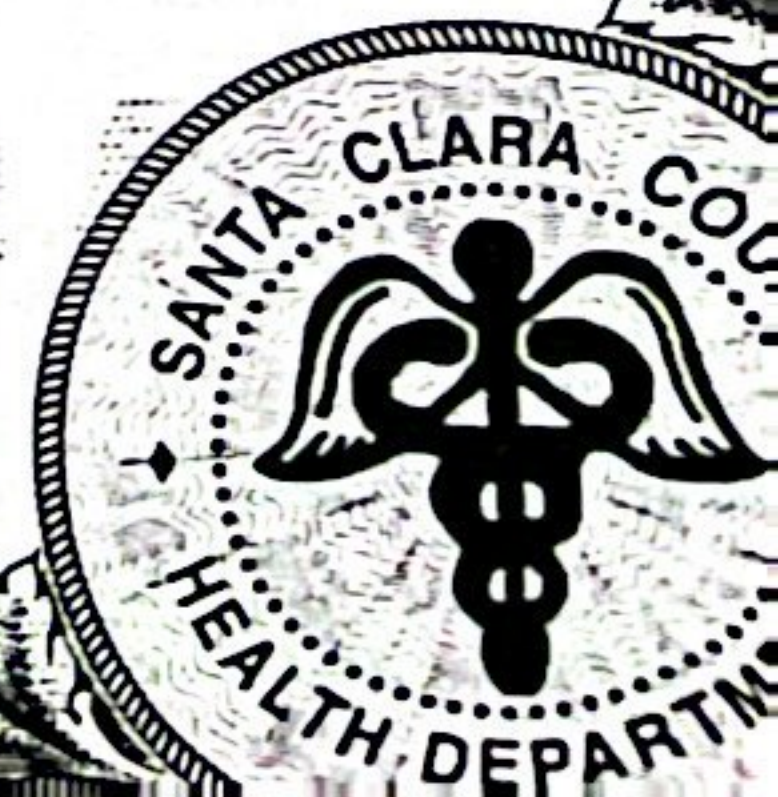
By 05/15/2020

This is a true and exact reproduction of the document officially registered and placed on file in the VITAL RECORDS SECTION, DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH.

This copy not valid unless prepared on engraved border displaying seal and signature of Registrar.

H 3 4 4 1 1 1 1

SARA H. CODY
HEALTH OFFICER AND LOCAL REGISTRAR
OF BIRTHS AND DEATHS



CONDADO DE SANTA CLARA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
REGISTRO CIVIL

3052020097422

Nº EN EL REGISTRO ESTATAL

ACTA DE DEFUNCIÓN

ESTADO DE CALIFORNIA

UTILIZAR SOLO TINTA NEGRA/SIN ENMIENDAS NI RASPADURAS
VS-11 (REV 3/06)

3202043004029

Nº EN EL REGISTRO LOCAL

DATOS PERSONALES DEL DIFUNTO	1. NOMBRE DEL DIFUNTO - MARIA CRISTINA		2. SEGUNDO NOMBRE ---		3. APELLIDOS LOZANO OSPINA					
	TAMBIEN CONOCIDO COMO MARIA OSPINA		4. FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año) 25/05/1975		5. EDAD 44 años	MENOR DE 1 AÑO Meses Días	MENOR DE 24 HORAS Horas Minutos	6. SEXO F		
	9. ESTADO DE NACIMIENTO/PAIS DE ORIGEN COLOMBIA	10. # DE SEGURO SOCIAL 392-59-5847	11. ¿FORMÓ PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS DE EE.UU.? () SI (X) NO () NSC		12. ESTADO CIVIL (al momento de fallecer) CASADA		7. FECHA DE DEFUNCIÓN (día/mes/año) 01/05/2020		8. HORA (24 horas) 1400	
	13. EDUCACIÓN - NIVEL SUPERIOR/GRADO (ver hoja atrás) LICENCIATURA		14/15. ¿ES UN DIFUNTO HISPANO/LATINO/ESPAÑOL? (X) SI COLOMBIANA () NO		16. RAZA DEL DIFUNTO - Se pueden enlistar hasta 3 razas (ver hoja atrás) COLOMBIANA					
	17. OCUPACIÓN - TIPO DE TRABAJO HABITUAL. NO UTILICE LA PALABRA JUBILADO SECRETARIA ACADEMICA			18. TIPO DE ACTIVIDAD COMERCIAL O INDUSTRIA (EJ. TIENDA, CONSTRUCCIÓN, AGENCIA DE EMPLEOS, ETC.) EDUCACION				19. AÑOS DE EXPERIENCIA 16		
	DOMICILIO HABITUAL DEL DIFUNTO	20. DOMICILIO DEL DIFUNTO (Calle y No. o ubicación) 1775 MILMONT DR. APT N104								
21. CIUDAD MILPITAS		22. CONDADO/PROVINCIA SANTA CLARA	23. CODIGO POSTAL 95035	24. AÑOS EN EL CONDADO 3		25. ESTADO/PAIS EXTRANJERO CA				
DECLARANTE	26. NOMBRE DEL DECLARANTE, PARENTESCO NATHAN TANG, APODERADO				27. DIRECCION POSTAL DEL DECLARANTE (Calle y número, # de ruta rural, ciudad o localidad, estado y código postal) 3845 HARRISON ST. #107, OAKLAND, CA 94611					
DATOS DEL CONYUGE Y DE LOS PADRES	28. NOMBRE DE CONYUGE SUPÉRSTITE DUC		29. SEGUNDO NOMBRE ---		30. APELLIDOS (NOMBRE DE NACIMIENTO) TANG					
	31. NOMBRE DEL PADRE JAIRO		32. SEGUNDO NOMBRE JOSE		33. APELLIDOS LOZANO BEDOYA		34. ESTADO DE NACIMIENTO COLOMBIA			
	31. NOMBRE DE LA MADRE RUBIELA		32. SEGUNDO NOMBRE OSPINA		33. APELLIDOS (NOMBRE DE NACIMIENTO) FRANCO		34. ESTADO DE NACIMIENTO COLOMBIA			
FUNERARIA Y REGISTRADOR LOCAL	39. FECHA DE ARREGLOS FUNERARIOS (día/mes/año) 10/05/2020		40. LUGAR DE ARREGLOS FUNERARIOS HOGAR DE CARMEN JULIA LOZANO OSPINA, CALLE 114-29, LA REVOLUCION, BUGA VALLE, COLOMBIA							
	41. TIPO DE ARREGLOS FUNERARIOS CREMACIÓN/TRASLADO			42. FIRMA DEL EMBALSAMADOR NO EMBALSAMADO		43. NUMERO DE LICENCIA --				
	44. NOMBRE DE LA FUNERARIA BERGE-PAPPAS-SMITH CHAPEL OF THE ANGELS		45. NUMERO DE LIC. FD668	46. FIRMA DEL SECRETARIO DE REGISTRO CIVIL SARA H. CODY, MD		47. FECHA (día/mes/año) 06/05/2020				
LUGAR DE LA MUERTE	101. LUGAR DE DEFUNCIÓN DOMICILIO DE LA DIFUNTA		102. EN CASO DE HOSPITAL, ESPECIFIQUE () IP () ER/OP () DOA		103. SI NO ES UN HOSPITAL, ESPECIFIQUE () HOSPICIO () RESIDENCIA GERIÁTRICA (X) DOMICILIO DEL DIFUNTO () OTRO					
	104. CONDADO SANTA CLARA	105. DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTO O UBICACIÓN (Calle y No. o ubicación) 1775 MILMONT DR. APT N104					106. CIUDAD MILPITAS			
CAUSA DE LA MUERTE	107. CAUSA DEL FALLECIMIENTO Introducir la secuencia de los eventos - enfermedades, heridas o complicaciones, NO introducir estados terminales como paro cardiaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin demostrar la etiología. NO UTILICE ABREVIACIONES. CAUSA INMEDIATA (A) PARO CARDIORESPIRATORIO (Afección final o condición Resultante en fallecimiento) Secuencialmente, enliste las Condiciones, si las hubieran, provocando la condición resultante en A. Introduzca la CAUSA SUBYACENTE (Enfermedad o herida que originó los eventos resultantes en el fallecimiento) ULTIMO (B) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA AGUDA (C) CÁNCER DE PULMÓN CON METÁSTASIS CEREBRAL (D)						Período entre el inicio de la enfermedad y la muerte (Tiempo A) MINUTOS		108. ¿MUERTE INFORMADA AL MÉDICO FORENSE? () SI (X) NO Numero de referencia	
							(Tiempo B) DIAS		109. ¿SE HIZO LA BIOPIA? () SI (X) NO	
							(Tiempo C) MESES		110. ¿SE HIZO LA AUTOPSIA? () SI (X) NO	
							(Tiempo D)		111. ¿UTILIZADO PARA DETERMINAR LA CAUSA? () SI () NO	
	112. OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON AL FALLECIMIENTO, PERO NO RESULTANTES EN LA CAUSA SUBYACENTE PROVISTA EN 107: NINGUNA									
	113. ¿SE PRACTICÓ ALGUNA OPERACIÓN CON RESPECTO A ALGUNA CONDICIÓN EN 107 O 112? (EN CASO DE SER ASÍ, ESCRIBA EL TIPO DE OPERACIÓN Y LA FECHA) NO				113 A. SI ES DE SEXO FEMENINO, ¿ESTUVO EMBARAZADA EL ULTIMO AÑO? () SI (X) NO					
114. CERTIFICO SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER QUE EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN LA HORA, LA FECHA Y EL LUGAR		115. FIRMA Y TÍTULO DEL CERTIFICANTE		116. NÚMERO DE LICENCIA		117. FECHA (día/mes/año)				

STATE OF CALIFORNIA

CERTIFICATE OF VITAL RECORD

COUNTY of SANTA CLARA

PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
VITAL RECORDS AND REGISTRATION

3052020097422

CERTIFICATE OF DEATH

3202043004029

STATE FILE NUMBER		LOCAL REGISTRATION NUMBER			
1. NAME OF DECEDENT - FIRST (Given)		2. MIDDLE		3. LAST (Family)	
MARIA CRISTINA				LOZANO OSPINA	
4. DATE OF BIRTH mm/dd/yyyy		5. AGE Yrs.		6. SEX	
05/25/1975		44		F	
7. DATE OF DEATH mm/dd/yyyy		8. HOUR (24 Hour)		9. BIRTH STATE/FOREIGN COUNTRY	
05/01/2020		1400		COLOMBIA	
10. SOCIAL SECURITY NUMBER		11. EVER IN U.S. ARMED FORCES?		12. MARITAL STATUS/SDP (at Time of Death)	
392-59-5847		☐ YES ☒ NO ☐ UNK		MARRIED	
13. EDUCATION - Highest Level/Degree (see worksheet on back)		14/15. WAS DECEDENT HISPANIC/LATINO/SPANISH? (if yes, see worksheet on back)		16. DECEDENT'S RACE - Up to 3 races may be listed (see worksheet on back)	
BACHELOR		☒ YES ☐ NO		COLOMBIAN	
17. USUAL OCCUPATION - Type of work for most of life. DO NOT USE RETIRED		18. KIND OF BUSINESS OR INDUSTRY (e.g., grocery store, road construction, employment agency, etc.)		19. YEARS IN OCCUPATION	
SCHOOL ADMINISTRATOR		EDUCATION		16	
20. DECEDENT'S RESIDENCE (Street and number, or location)					
1775 MILMONT DR. APT N104					
21. CITY		22. COUNTY/PROVINCE		23. ZIP CODE	
MILPITAS		SANTA CLARA		95035	
24. YEARS IN COUNTY		25. STATE/FOREIGN COUNTRY			
3		CA			
26. INFORMANT'S NAME, RELATIONSHIP		27. INFORMANT'S MAILING ADDRESS (Street and number, or rural route number, city or town, state and zip)			
NATHAN TANG, POA		3845 HARRISON ST. #107, OAKLAND, CA 94611			
28. NAME OF SURVIVING SPOUSE/SDP - FIRST		29. MIDDLE		30. LAST (BIRTH NAME)	
DUC				TANG	
31. NAME OF FATHER/PARENT - FIRST		32. MIDDLE		33. LAST	
JAIR		JOSE		LOZANO BEDOYA	
34. BIRTH STATE		35. NAME OF MOTHER/PARENT - FIRST		36. MIDDLE	
COLOMBIA		RUBIELA		OSPINA	
37. LAST (BIRTH NAME)		38. BIRTH STATE			
FRANCO		COLOMBIA			
39. DISPOSITION DATE mm/dd/yyyy		40. PLACE OF FINAL DISPOSITION			
05/10/2020		HOME OF CARMEN JULIA LOZANO OSPINA CALLE 114-29 LA REVOLUCION, BUGA VALLE, COLOMBIA			
41. TYPE OF DISPOSITION(S)		42. SIGNATURE OF EMBALMER		43. LICENSE NUMBER	
CR/TR		NOT EMBALMED			
44. NAME OF FUNERAL ESTABLISHMENT		45. LICENSE NUMBER		46. SIGNATURE OF LOCAL REGISTRAR	
BERGE-PAPPAS-SMITH CHAPEL OF THE ANGELS		FD668		SARA H CODY, MD	
47. DATE mm/dd/yyyy		48. IF HOSPITAL, SPECIFY ONE			
05/06/2020		☐ IP ☐ ER/OP ☐ DOA ☐ Hospice ☐ Nursing Home/UTC ☒ Home ☐ Other			
49. PLACE OF DEATH		50. IF OTHER THAN HOSPITAL, SPECIFY ONE			
DECEDENT'S RESIDENCE		☐ IP ☐ ER/OP ☐ DOA ☐ Hospice ☐ Nursing Home/UTC ☒ Home ☐ Other			
51. COUNTY		52. FACILITY ADDRESS OR LOCATION WHERE FOUND (Street and number, or location)		53. CITY	
SANTA CLARA		1775 MILMONT DR. APT N104		MILPITAS	
54. CAUSE OF DEATH		55. DEATH REPORTED TO CORONER?			
Enter the chain of events - disease, injury, or complications - that directly caused death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE.		☐ YES ☒ NO			
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death)		56. MINS			
A CARDIOPULMONARY ARREST		57. DYS			
B ACUTE HYPOXIC RESPIRATORY FAILURE		58. MOS			
C LUNG CANCER METASTASIZED TO THE BRAIN		59. USED IN DETERMINING CAUSE?			
D		☐ YES ☐ NO			
112. OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH BUT NOT RESULTING IN THE UNDERLYING CAUSE GIVEN IN 107		113. WAS OPERATION PERFORMED FOR ANY CONDITION IN ITEM 107 OR 112? (if yes, list type of operation and date.)			
NONE		NO			
114. I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE DEATH OCCURRED AT THE HOUR, DATE, AND PLACE STATED FROM THE CAUSES STATED.		115. SIGNATURE AND TITLE OF CERTIFIER		116. LICENSE NUMBER	
Decedent Attended Since Decedent Last Seen Alive		SRI VARDHAN REDDY KOOTURU M.D.		A112243	
117. TYPE AT TENDING PHYSICIAN'S NAME, MAILING ADDRESS, ZIP CODE		118. DATE mm/dd/yyyy			
SRI VARDHAN REDDY KOOTURU M.D.		05/04/2020			
5994 W. LAS POSITAS BLVD. #221, PLEASANTON, CA 94588					
119. I CERTIFY THAT IN MY OPINION DEATH OCCURRED AT THE HOUR, DATE, AND PLACE STATED FROM THE CAUSES STATED.		120. INJURED AT WORK?		121. INJURY DATE mm/dd/yyyy	
MANNER OF DEATH ☐ Natural ☐ Accident ☐ Homicide ☐ Suicide ☐ Pending Investigation ☐ Could not be determined		☐ YES ☐ NO ☐ UNK			
122. PLACE OF INJURY (e.g., home, construction site, wooded area, etc.)		123. HOUR (24 Hour)			
124. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED (Events which resulted in injury)					
125. LOCATION OF INJURY (Street and number, or location, and city, and zip)					
126. SIGNATURE OF CORONER / DEPUTY CORONER		127. DATE mm/dd/yyyy		128. TYPE NAME, TITLE OF CORONER / DEPUTY CORONER	
STATE REGISTRAR		A B C D E		FAX AUTH#	
				CENSUS TRACT	

CERTIFIED COPY OF VITAL RECORDS

STATE OF CALIFORNIA

DATE ISSUED

COUNTY OF SANTA CLARA } SS

By 05/15/2020

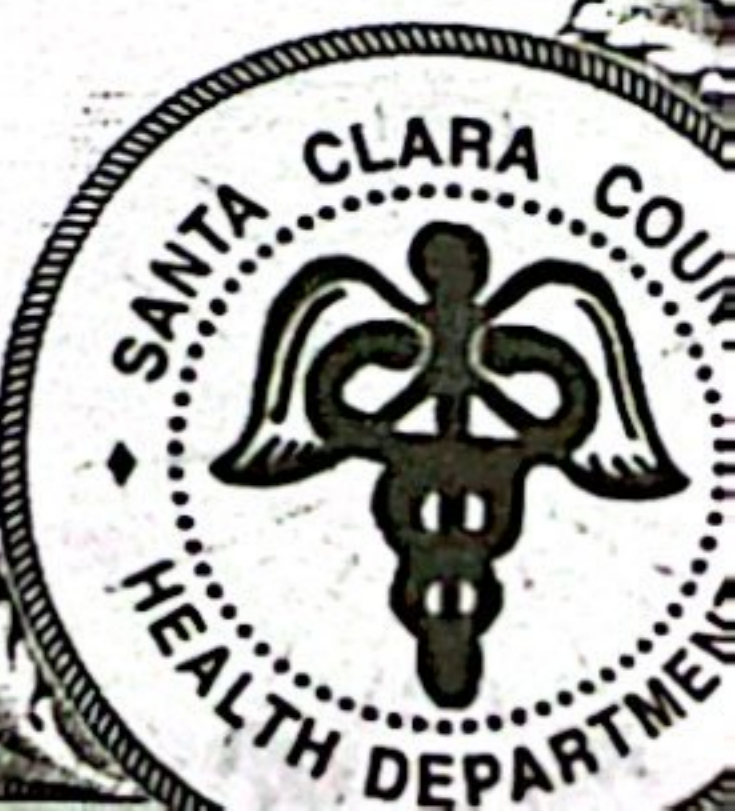
This is a true and exact reproduction of the document officially registered and placed on file in the VITAL RECORDS SECTION, DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH.

This copy not valid unless prepared on engraved border displaying seal and signature of Registrar.

PUNCO (Rev.) 02/16



H 3 4 4 1 1 1 1

SARA H. CODY
HEALTH OFFICER AND LOCAL REGISTRAR
OF BIRTHS AND DEATHS

State of California
Secretary of State

This Certificate is not valid for use anywhere within the United States of America, its territories or possessions.

NOTARIA PRIMERA
BUGA-VALLE

APOSTILLE
(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

1. Country:
Pays / País: United States of America

This public document
Le présent acte public / El presente documento público

2. has been signed by
a été signé par
ha sido firmado por N. Beeson

3. acting in the capacity of
agissant en qualité de
quien actúa en calidad de Notary Public, State of California

4. bears the seal / stamp of
est revêtu du sceau / timbre de
y está revestido del sello / timbre de N. Beeson, Notary Public, State of California

Certified
Attesté / Certificado

5. at
à / en Sacramento, California 6. the
le / el día 14th day of January 2021

7. by
par / por Secretary of State, State of California

8. No
sous no
bajo el número 26181

9. Seal / stamp:
Sceau / timbre:
Sello / timbre:



10. Signature:
Signature:
Firma:

Ally Zell

21 ENE 2021

Deco. 2150/95
Ley 448/98
Art. 11 Y55 Ley 962/05
(Antitramites)



This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.
This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued.
To verify the issuance of this Apostille, see: apostille-search.sos.ca.gov/.
This certificate does not constitute an Apostille under the Hague Convention of 5 October 1961, when it is presented in a country which is not a party to the Convention. In such cases, the certificate should be presented to the consular section of the mission representing that country.

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont l'acte public est revêtu.
Cette Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.
Cette Apostille peut être vérifiée à l'adresse suivante: apostille-search.sos.ca.gov/.
Ce certificat ne constitue pas une Apostille en vertu de la Convention de La Haye du 5 Octobre 1961, lorsque présenté dans un pays qui n'est pas partie à cette Convention. Dans ce cas, le certificat doit être présenté à la section consulaire de la mission qui représente ce pays.

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.
Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió.
Esta Apostilla se puede verificar en la dirección siguiente: apostille-search.sos.ca.gov/.
Este certificado no constituye una Apostilla en virtud del Convenio de La Haya de 5 de octubre de 1961 cuando se presenta en un país que no es parte del Convenio. En estos casos, el certificado debe ser presentado a la sección consular de la misión que representa a ese país.



Elite TransLingo

24301 Southland Dr. Suite #209 - Hayward, CA. 94545
P h.510-3 32-0342, Fax :(888)487-6569 <http://www.elitetranslingo.com>



Dicto. 2150/95
Ley 448/98
Art. 11 YSS Ley 962/05
(Antitramites)

Certification of Accuracy

Translated document:

DEATH CERTIFICATE FOR "MARIA CRISTINA LOZANO OSPINA"

We at Elite Translingo, certify that we are thoroughly familiar with the English and Spanish languages, that we have translated the attached document to the best of our knowledge from English into Spanish and that the attached text is an accurate and true translation of the original document presented to us, and to the best of our knowledge and belief.

27 ENE 2021

Signed on
08/25/2020

Omar Kandil
Managing Partner
Elite TransLingo
"Translations You Can Trust" ©
24301 Southland Dr, Suite#209
Hayward CA. 94545

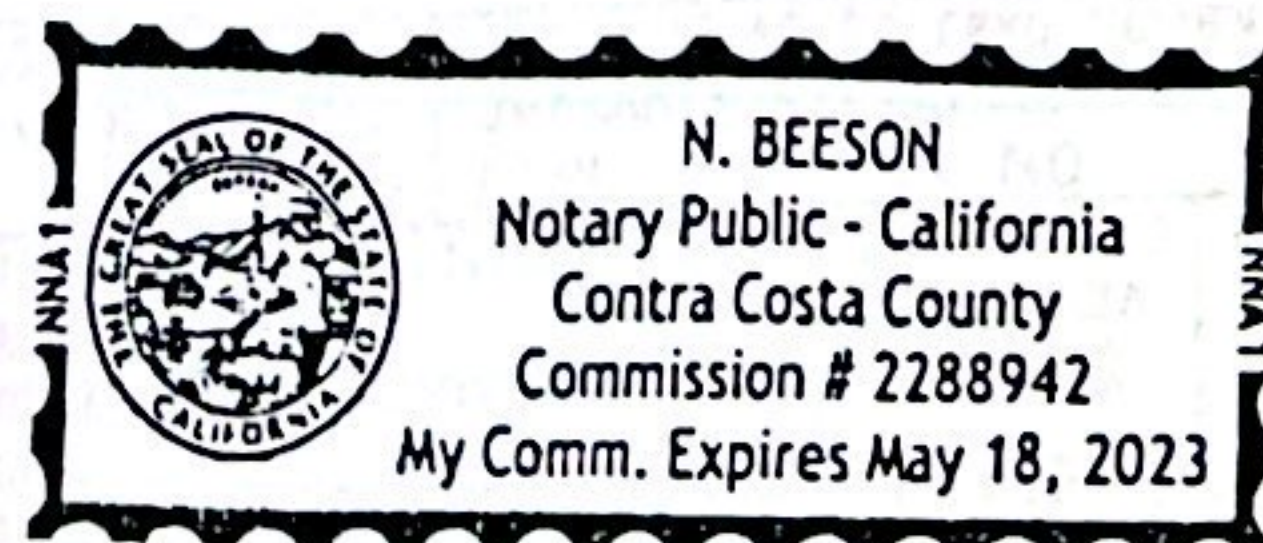


A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

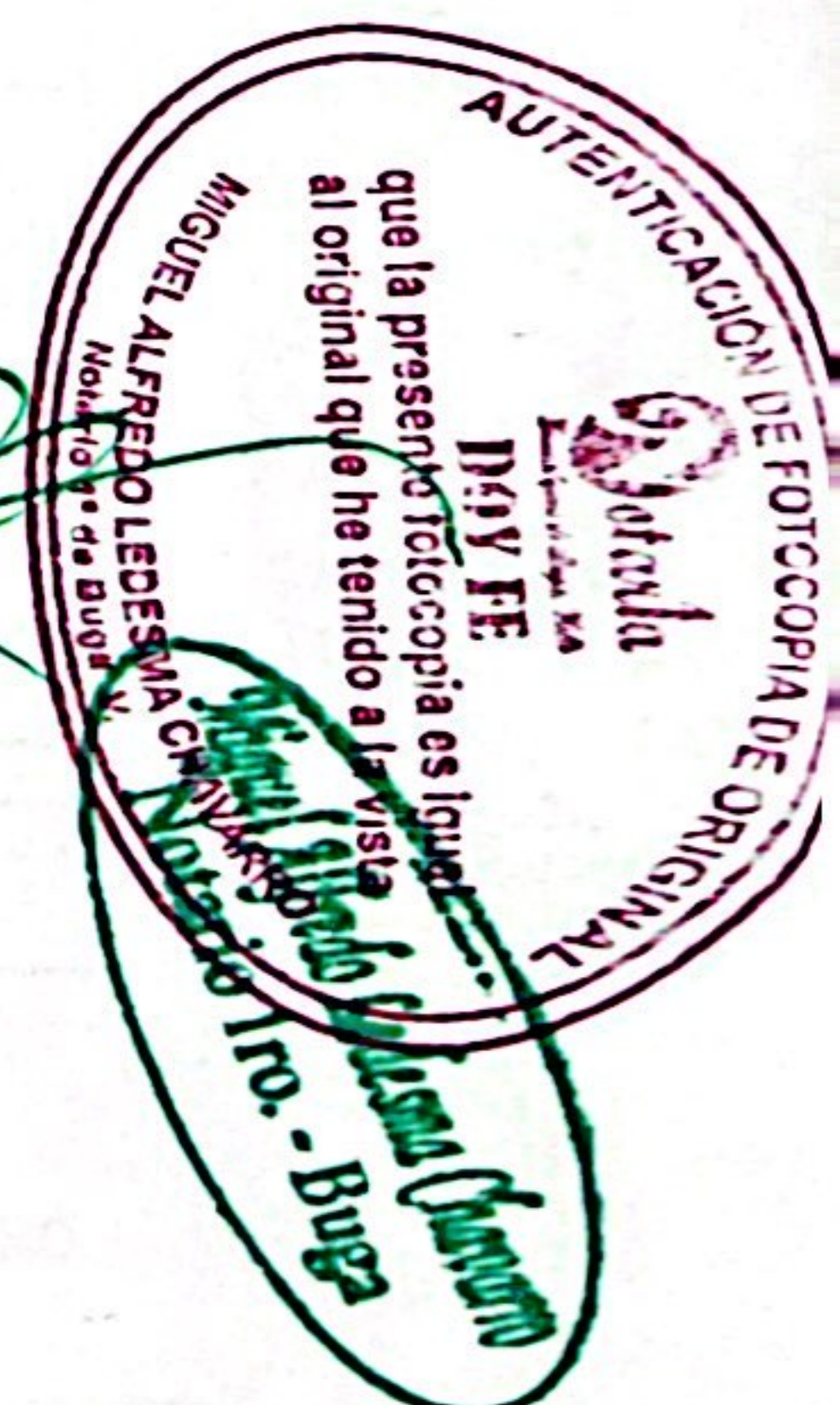
STATE OF CALIFORNIA COUNTY OF CONTRA COSTA
Subscribed and sworn to (or affirmed) before me on this 1 day of JANUARY
2021 by MARIA A GILBERTO RUIZ

proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who appeared before me.

(Signature of Notary)



01-04-2021



This is to certify the correctness of the translation only. We do not assume any liability for the way in which the translation is used, by the customer or by any other third party. We do not guarantee that the original

**ESTADO DE CALIFORNIA
CERTIFICACION DE REGISTRO CIVIL
CONDADO DE SANTA CLARA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
REGISTRO CIVIL**

3052020097422
N° EN EL REGISTRO ESTATAL

ACTA DE DEFUNCIÓN
ESTADO DE CALIFORNIA
UTILIZAR SOLO TINTA NEGRA/SIN ENMIENDAS NI RASPADURAS
VS-11 (REV 3/06)

3202043004029
N° EN EL REGISTRO LOCAL

DATOS PERSONALES DEL DIFUNTO	1. NOMBRE DEL DIFUNTO - MARIA CRISTINA		2. SEGUNDO NOMBRE ---		3. APELLIDOS LOZANO OSPINA	
	TAMBIEN CONOCIDO COMO MARIA OSPINA		4. FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año) 25/05/1975		5. EDAD 44 años Menores de 1 año: Meses Días	
	9. ESTADO DE NACIMIENTO/PAIS DE ORIGEN COLOMBIA		10. # DE SEGURO SOCIAL 392-59-5847		11. ¿FORMÓ PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS DE EE.UU.? ☐ SI ☒ NO ☐ NSC	
	12. ESTADO CIVIL (al momento de fallecer) CASADA		7. FECHA DE DEFUNCIÓN (día/mes/año) 01/05/2020		8. HORA (24 horas) 1400	
	13. EDUCACIÓN - NIVEL SUPERIOR/GRADO (ver hoja atrás) LICENCIATURA		14/15. ¿ES UN DIFUNTO HISPANO/LATINO/ESPAÑOL? ☒ SI ☐ COLOMBIANA ☐ NO		16. RAZA DEL DIFUNTO - Se pueden enlistar hasta 3 razas (ver hoja atrás) COLOMBIANA	
	17. OCUPACIÓN - TIPO DE TRABAJO HABITUAL NO UTILICE LA PALABRA JUBILADO SECRETARIA ACADEMICA		18. TIPO DE ACTIVIDAD COMERCIAL O INDUSTRIA (Ej. TIENDA, CONSTRUCCIÓN, AGENCIA DE EMPLEOS, ETC.) EDUCACION		19. AÑOS DE EXPERIENCIA 16	
DOMICILIO HABITUAL DEL DIFUNTO	20. DOMICILIO DEL DIFUNTO (Calle y No. o ubicación) 1775 MILMONT DR. APT N104					
	21. CIUDAD MILPITAS		22. CONDADO/PROVINCIA SANTA CLARA		23. CODIGO POSTAL 95035	
DECLARANTE	26. NOMBRE DEL DECLARANTE, PARENTESCO NATHAN TANG, APODERADO					
	27. DIRECCION POSTAL DEL DECLARANTE (Calle y número, # de ruta rural, ciudad o localidad, estado y código postal) 3845 HARRISON ST. #107, OAKLAND, CA 94611					
DATOS DEL CONYUGE Y DE LOS PADRES	28. NOMBRE DE CONYUGE SUPÉRSTITE DUC		29. SEGUNDO NOMBRE ---		30. APELLIDOS (NOMBRE DE NACIMIENTO) TANG	
	31. NOMBRE DEL PADRE JAIR		32. SEGUNDO NOMBRE JOSE		33. APELLIDOS LOZANO BEDOYA	
	31. NOMBRE DE LA MADRE RUBIELA		32. SEGUNDO NOMBRE OSPINA		33. APELLIDOS (NOMBRE DE NACIMIENTO) FRANCO	
					34. ESTADO DE NACIMIENTO COLOMBIA	
FUNERARIA Y REGISTRADOR LOCAL	39. FECHA DE ARREGLOS FUNERARIOS (día/mes/año) 10/05/2020		40. LUGAR DE ARREGLOS FUNERARIOS HOGAR DE CARMEN JULIA LOZANO OSPINA, CALLE 114-29, LA REVOLUCION, BUGA VALLE, COLOMBIA			
	41. TIPO DE ARREGLOS FUNERARIOS CREMACIÓN/TRASLADO		42. FIRMA DEL EMBALSAMADOR NO EMBALSAMADO		43. NUMERO DE LICENCIA ---	
	44. NOMBRE DE LA FUNERARIA BERGE-PAPPAS-SMITH CHAPEL OF THE ANGELS		45. NUMERO DE LIC. FD668		46. FIRMA DEL SECRETARIO DE REGISTRO CIVIL SARA H. CODY, MD	
					47. FECHA (día/mes/año) 06/05/2020	
LUGAR DE LA MUERTE	101. LUGAR DE DEFUNCIÓN DOMICILIO DE LA DIFUNTA		102. EN CASO DE HOSPITAL, ESPECIFIQUE ☐ IP ☐ ER/OP ☐ DOA		103. SI NO ES UN HOSPITAL, ESPECIFIQUE ☐ HOSPICIO ☐ RESIDENCIA GERIÁTRICA ☒ DOMICILIO DEL DIFUNTO ☐ OTRO	
	104. CONDADO SANTA CLARA		105. DIRECCIÓN DE ESTABLECIMIENTO O UBICACIÓN (Calle y No. o ubicación) 1775 MILMONT DR. APT N104			
			106. CIUDAD MILPITAS			
CAUSA DE LA MUERTE	107. CAUSA DEL FALLECIMIENTO Introducir la secuencia de los eventos - enfermedades, heridas o complicaciones, NO introducir estados terminales como paro cardiaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin demostrar la etiología. NO UTILICE ABBREVIACIONES. CAUSA INMEDIATA (A) PARO CARDIORESPIRATORIO (B) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA AGUDA (C) CÁNCER DE PULMÓN CON METÁSTASIS CEREBRAL (D) Secuencialmente, enliste las Condiciones, si las hubieran, provocando la condición resultante en A. Introduzca la CAUSA SUBYACENTE (Enfermedad o herida que originó los eventos resultantes en el fallecimiento) ULTIMO					
	112. OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON AL FALLECIMIENTO, PERO NO RESULTANTES EN LA CAUSA SUBYACENTE PROVISTA EN 107: NINGUNA					
	113. ¿SE PRACTICÓ ALGUNA OPERACIÓN CON RESPECTO A ALGUNA CONDICIÓN EN 107 O 112? (EN CASO DE SER ASÍ, ESCRIBA EL TIPO DE OPERACIÓN Y LA FECHA) NO					
	114. CERTIFICO SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER QUE EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN LA HORA, LA FECHA Y EL LUGAR INDICADOS Y LA CAUSA ESTABLECIDA Difunto atendido desde Difunto visto por última vez					
	115. FIRMA Y TÍTULO DEL CERTIFICANTE SRI VARDHAN REDDY KOOTURU M.D.					
	116. NÚMERO DE LICENCIA A112243					
CERTIFICACION DEL MEDICO	117. FECHA (día/mes/año) 04/05/2020					
	118. ESCRIBA EL NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE, DIRECCION POSTAL, CODIGO POSTAL SRI VARDHAN REDDY KOOTURU M.D. 5994 W. LAS POSITAS BLVD. #221, PLEASANTON, CA 94588					
USO EXCLUSIVO DEL FORENSE	119. CERTIFICO SEGÚN MI OPINION QUE EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN LA HORA, LA FECHA Y EL LUGAR INDICADOS Y LA CAUSA ESTABLECIDA FALLECIMIENTO ☐ NATURAL ☐ ACCIDENTE ☐ HOMICIDIO ☐ SUICIDIO ☐ INVESTIGACIÓN PENDIENTE ☐ NO SE PUEDE DETERMINAR		120. ¿ACCIDENTE EN EL TRABAJO? ☐ SI ☐ NO ☐ NSC		121. FECHA DE LESIÓN (día/mes/año)	
	122. HORA (24 horas)					
	123. LUGAR DE LA LESIÓN (Ej. DOMICILIO, SITIO DE CONSTRUCCION, SUPERFICIE ARBOLADA, ETC.)					
	124. DESCRIBA EN QUE CONDICIONES OCURRIÓ LA LESIÓN (Eventos que resultaron en la lesión)					
	125. UBICACIÓN DE LA LESIÓN ((Calle y número, o ubicación, ciudad y código postal)					
REGISTRADOR ESTATAL	126. FIRMA DEL MEDICO FORENSE/FORENSE ADSCRITO.		127. FECHA		128. ESCRIBIR NOMBRE, TÍTULO DEL FORENSE	
	A B C D E		(CODIGO DE BARRAS) *010001004528826*		# DE AUTORIZACION DE FAX REGION CENSAL	

**NOTARIA PRIMERA
BUGA-VALE**

Dcto. 2150/95
Ley 448/98
Art. 11 y 53 Ley 982/05
(Antitranquiles)

21 ENE 20

AUTENTICO
MIGUEL ALFREDO LEDERER
Notario lro. - Bco:
que la presente fotocopia es igual al original que he tenido a la vista

COPIA CERTIFICADA DE REGISTRO CIVIL

ESTADO DE CALIFORNIA SS (CODIGO DE BARRAS)
CONDADO DE SANTA CLARA FECHA DE EMISION: 15 DE MAYO DE 2020 *H3441111*

La presente es una reproducción exacta del documento registrado oficialmente y archivado en la OFICINA DE REGISTRO CIVIL Y UNIDAD DE SALUD PUBLICA.

(FIRMA)
SARA H. CODY