



- OFICIO -

ID 27141823

Jardín América, Misiones, 25 de Noviembre de 2024.-

Sra. Directora del Registro de las Personas de Misiones

S/Despacho:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted en los autos caratulados: Expte N° 118452/2023 "VENIALGO ANALIA ROXANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN" en trámite por ante el Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial y Laboral N° 2 a cargo de Dra. Cynthia Lourdes Meyer, Secretaría 2 a cargo del Dr. Héctor Gabriel Cantero, con sede en M. Moreno N° 730 - Jardín América - Misiones, teléfono 3743-461715 - email Juzgadocivil2.jardinamerica@jusmisiones.gov.ar; a efectos de solicitarle se realice la INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN de VENIALGO ANALIA ROXANA DNI NRO 34.821.913, ocurrida en fecha 23/06/2021 a las 09:00 hs, en el Hospital SAMIC de ELDORADO, MISIONES por Neumonía Grave Aguda - COVID-19. A todo evento informo: Fecha de nacimiento: 22/03/1990; Último domicilio registrado: López y Planes - Barrio Los Cedros MA 681 - Lote 5 - Jardín América Misiones; Nombre del Padre: Ramón Timoteo Venialgo; Nombre de la Madre: Marcelina Cuba.

Como recaudo se transcribe el auto que ordena la medida: "JARDÍN AMÉRICA, Misiones, 2 de febrero de 2024. VISTO: El "Expte. N.º 118452/2023 VENIALGO ANALIA ROXANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN"(... (CONSIDERANDO: (... (FALLO: 1.- Haciendo lugar a la pretensión y ordeno la INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN de VENIALGO ANALIA ROXANA DNI NRO 34.821.913, ocurrida en fecha 23/06/2021 a las 09:00 hs, en el Hospital SAMIC de

ELDORADO, MISIONES. 2.- Firme la presente, por Secretaría librese testimonio y el correspondiente oficio a la Dirección General del Registro de las Personas, a los fines de la anotación precedentemente autorizada. 3.- (... 4.- Cópiese, regístrese y notifíquese personalmente y/o por cédula, y al Ministerio Público Fiscal via SIGED."

Fdo. Dra. Cynthia Lourdes Meyer - Juez.

Sin otro particular, saludo a Ud muy atte.

Digitally signed by CANTERO Hector
Gabriel
Date: 2024.11.25 11:15:15 AET
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia
Informatica



REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

2024 - "Año de la digitalización y simplificación administrativa, de las startups, de la inteligencia artificial, del desarrollo de la ciudadanía digital y de la salud mental"

POSADAS, 16 de diciembre de 2024.-

**SEÑOR/A SECRETARIO/A
JUZGADO CIVIL, COMERCIAL,
Y LABORAL N° 2
DE LA 4° CIRCUNSC. JUDICIAL
JARDIN AMERICA - MISIONES
S / D**

Nota N° 2282 / 2024.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a Vuestro **Oficio N° 27141823** de fecha 21 de noviembre de 2024, librado en autos caratulados **"EXPTE. N° 118452/2023 VENIALGO ANALIA ROXANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN"**. A tal efecto, previo a dar cumplimiento a lo ordenado, le solicitamos se sirva remitir a este Registro copia certificada del certificado médico de defunción correspondiente, de acuerdo a lo previsto por el artículo 60, 63, 80 y consecuentes de la Ley 26413 y Disposición Interna de este Registro N° 1660/2020. Para proceder a labrar la inscripción correspondiente, es necesario indique a este Registro la causa de la defunción y datos del profesional certificante del fallecimiento.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO
Viviana
Cristina
Raquel

Firmado digitalmente por
CASTILLO Viviana Cristina Raquel
Nombre de reconocimiento (DN):
serialNumber=CUIL 27178144028,
c=AR, cn=CASTILLO Viviana
Cristina Raquel
Fecha: 2024.12.17 07:00:56 -03'00'



- OFICIO -

ID 27988801

Jardín América, Misiones, 26 de Febrero de 2025.-

Sra. Directora del Registro de las Personas de Misiones

S/Despacho:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted en los autos caratulados: Expte N° 118452/2023 "VENIALGO ANALIA ROXANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN" en trámite por ante el Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial y Laboral N° 2 a cargo de S.S. Dr. Maimo Jose Luis por subrogación legal, Secretaría 2 a cargo del Dr. Héctor Gabriel Cantero, con sede en M. Moreno N° 730 - Jardín América - Misiones, teléfono 3743-461715 - email Juzgadocivil2.jardinamerica@jusemisiones.gov.ar; a efectos de solicitarle se realice la INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN de VENIALGO ANALIA ROXANA DNI NRO 34.821.913, ocurrida en fecha 23/06/2021 a las 09:00 hs, en el Hospital SAMIC de ELDORADO, MISIONES por Neumonía Grave Aguda - COVID-19. Adjunto al mismo certificado de defunción.-

A todo evento informo: Fecha de nacimiento: 22/03/1990; Último domicilio registrado: López y Planes - Barrio Los Cedros MA 681 - Lote 5 - Jardín América Misiones; Nombre del Padre: Ramón Timoteo Venialgo; Nombre de la Madre: Marcelina Cuba; causa de la defunción: Neumonía Grave Aguda - COVID-19; datos del profesional certificante del fallecimiento: Fabian Luis Díaz.

Como recaudo se transcribe el auto que ordena la medida: "JARDÍN AMÉRICA, Misiones, 2 de febrero de 2024. VISTO: El "Expte. N.º 118452/2023

VENIALGO ANALIA ROXANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN”(...

CONSIDERANDO: (... FALLO: 1.- Haciendo lugar a la pretensión y ordeno la INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN de VENIALGO ANALIA ROXANA DNI NRO 34.821.913, ocurrida en fecha 23/06/2021 a las 09:00 hs, en el Hospital SAMIC de ELDORADO, MISIONES. 2.- Firme la presente, por Secretaría librese testimonio y el correspondiente oficio a la Dirección General del Registro de las Personas, a los fines de la anotación precedentemente autorizada. 3.- (... 4.- Cópiese, regístrese y notifíquese personalmente y/o por cédula, y al Ministerio Público Fiscal via SIGED."

Fdo. Dra. Cynthia Lourdes Meyer - Juez. Otra providencia que en su parte pertinente dice: "JARDÍN AMÉRICA, Misiones, 26 de Febrero de 2025.- Agréguese informe del REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS, téngase presente y en atención a lo manifestado librese nuevo oficio adjuntando el certificado de defunción y la información requerida." Fdo. Dr. Maimo Jose Luis - Juez pòr subrogacion legal.

Sin otro particular, saludo a Ud muy atte.

Digitally signed by CANTERO Hector
Gabriel
Date: 2025.02.26 09:44:00 AET
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia
Informatica

POSADAS, 20 de marzo de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A
JUZGADO CIVIL, COMERCIAL
Y LABORAL N° 2
DE LA 4° CIRCUNSC. JUDICIAL
JARDIN AMERICA - MISIONES**
S / D

Nota N° 368 / 2025.-

Tengo el agrado de dirigirme a
Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 27988801**, librado en
autos caratulados “**Expte. N° 118452/2023 VENIALGO ANALIA
ROXANA S/ INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN**”. A tal efecto, previo
a dar cumplimiento a lo ordenado, le solicitamos se sirva remitir a
este Registro copia debidamente certificada por vuestro Juzgado
del certificado médico de defunción correspondiente, de acuerdo a
lo previsto por el artículo 60, 63, 80 y consecuentes de la Ley
26413 y Disposición Interna de este Registro N° 1660/2020.-

Sin otro particular, saludo a
usted atentamente.-

CASTILLO
Viviana
Cristina Raquel

Firmado digitalmente
por CASTILLO Viviana
Cristina Raquel
Fecha: 2025.03.20
11:49:27 -03'00'

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO _____ REGISTRO CIVIL DE _____ NUMERO _____ TOMO _____ FOLIO _____ ACTA _____

CERTIFICO que Dña VERONICA ANITA TOROJA Varón ☐ Mujer ☒
D.N.I. / Lic. / Ct. 34221812 Domiciliado/a en calle _____ Nº _____
Localidad CAPICU Provincia MISIONES de 31 Años de edad, Nacido el 22 de 1980
en MISIONES Estado Civil (1) _____ Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación _____
Ha fallecido de: Enfermedad ☒ Muerte Violenta ☐ El Día 23 de JUNIO de 2001 a las 9:00 horas en: UT
☒ Tuvo atención médica durante la enfermedad Si ☐ No ☐ Lo atendió el médico Si ☐ No ☐
o lesión que le produjo la muerte? ☐ que suscribe Prof. Edgardo Mui Diaz
Causa de la defunción a) DEGENERACION CARDIOVASCULAR
Lugar donde ocurrió el hecho: TEJADA VITICULTA COMU
PROFESIONAL CERTIFICANTE GABRIEL MUI DIAZ Matrícula Profesional Nº 110786
Nombre y Apellido _____
Domicilio Profesional: Calle 1000 Nº _____ Dto. _____ Piso _____
Localidad EDOLTAO MISIONES Teléfono 54 981 812121 Dto. _____
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION: Fabian Luis Diaz
Lugar: EDOLTAO MISIONES Rep. en Medicina Interna
Fecha: 23 de JUNIO de 2001 MIS-0786
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(1) Llenar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(B) Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1	Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
2	Departamento o Partido	3	Delegación o Registro Civil	Número
4	TOMO	FOLIO	ACTA	

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

5	¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?	Si 1 ☐ No 2 ☐	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Si 1 ☐ No 2 ☐
7	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN				
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		a) <u>VENENACIÓN POR ACIDIA GÁSTRICA</u>			INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.		b) <u>DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>DIABETES MELLITUS</u></u>			
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.		c) <u>DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)</u>			
8	EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)				
a) Indicar si fue por:		* Accidente 1 ☐ * Suicidio 2 ☐ * Homicidio 3 ☐ * Se ignora 9 ☐			
b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.					
c) Lugar donde ocurrió el hecho:					
9	PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS	* Estuvo embarazada en los últimos doce meses?	Si 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 9 ☐	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	Día Mes Año
La muerte estuvo relacionada con:		Embarazo 1 ☐ Parto 2 ☐ Puerperio 3 ☐			

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>VENIALEO</u>		Nombre/s <u>ANITA ROSA</u>		D.N.I. N° <u>34821913</u>
10	Fecha de la defunción	Día Mes Año	11	Fecha de nacimiento
		<u>23</u> <u>06</u> <u>2021</u>	<u>22/03/80</u>	
12	Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)			
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años				
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días				
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos				
14	Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:		
* Establecimiento de salud público		1 ☐		
* Establecimiento privado, obra social, etc.		2 ☐		
* Vivienda (domicilio) particular		3 ☐		
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)		4 ☐		
15	Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:			
Localidad/Paraje		Departamento o Partido		
Provincia		País		
16	Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.:			
Localidad/Paraje		Departamento o Partido		
Provincia (o país para extranjeros)		País		
17	Pertenece o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)			
* Obra Social 1 ☐ * Plan de salud privado o mutual 2 ☐ * Ambos 3 ☐ * Ninguno 4 ☐				

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

18. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|----|--------------------------|-----------------------------|----------|--------------------------|
| • Nunca asistió | 01 | ☐ | | | | | |
| • S.E. No reformado | Incompleto | Completo | | S.E. Reformado | Incompleto | Completo | |
| -- Primario | 02 | ☐ | 03 | ☐ | -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11 | ☐ |
| -- Secundario | 04 | ☐ | 05 | ☐ | -- Ciclo EGB 3ro. | 13 | ☐ |
| | | | | | -- Polimodal | 15 | ☐ |
| Superior o universitario | 06 | ☐ | 07 | ☐ | | 16 | ☐ |

19. Cuál era su situación laboral?

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| • Trabajaba o estaba de licencia | 1 | ☐ |
| • No trabajaba | 2 | ☐ |
| Buscaba trabajo | 3 | ☐ |
| No buscaba trabajo | | |

20. Cuál era su ocupación habitual?

No Usar

SÓLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

21. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|----|--------------------------|-----------------------------|----------|--------------------------|
| • Nunca asistió | 01 | ☐ | | | | | |
| • S.E. No reformado | Incompleto | Completo | | S.E. Reformado | Incompleto | Completo | |
| -- Primario | 02 | ☐ | 03 | ☐ | -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11 | ☐ |
| -- Secundario | 04 | ☐ | 05 | ☐ | -- Ciclo EGB 3ro. | 13 | ☐ |
| | | | | | -- Polimodal | 15 | ☐ |
| Superior o universitario | 06 | ☐ | 07 | ☐ | | 16 | ☐ |

22. Cuál es su edad?

(años cumplidos)

• Años

23. La madre

convive en pareja?

(ya sea casada

o en unión de hecho)

Si 1

☐

No 2

☐

Responder Preg. 24, 25 y 26

con los datos del padre exclusivamente

Pasar a Preg 25 y 26 y responderlas

con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

24. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|----|--------------------------|-----------------------------|----------|--------------------------|
| • Nunca asistió | 01 | ☐ | | | | | |
| • S.E. No reformado | Incompleto | Completo | | S.E. Reformado | Incompleto | Completo | |
| -- Primario | 02 | ☐ | 03 | ☐ | -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11 | ☐ |
| -- Secundario | 04 | ☐ | 05 | ☐ | -- Ciclo EGB 3ro. | 13 | ☐ |
| | | | | | -- Polimodal | 15 | ☐ |
| Superior o universitario | 06 | ☐ | 07 | ☐ | | 16 | ☐ |

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25. Cuál era su situación laboral?

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| • Trabaja o está de licencia | 1 | ☐ |
| • No trabaja | 2 | ☐ |
| Busca trabajo | 3 | ☐ |
| No busca trabajo | | |

26. Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

27. Cuál fue el peso

del niño al nacer?

• gramos

28. Cuál fue su peso

al morir?

• gramos

29. Nació de un embarazo...

• Simple

• Multiple

• ELDORADO

→ ir a pregunta siguiente

→ el que

produjo:

niños vivos, y

defunciones fetales

30. Cuántas semanas completas

duró la gestación?

• semanas completas

31. En qué fecha comenzó la última

menstruación normal previa al

embarazo de este niño?

Día

Mes

Año

32. Contando hasta el de

este niño, inclusive, cuántos

embarazos tuvo la madre?

• embarazos

33. Entre todos estos embarazos,

cuántos hijos

nacidos vivos tuvo?

• y cuántas

defunciones

fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1

Otro 2

Apellido y nombre DÍAZ FABIAN LUIS
Domicilio 1000
Profesional: Calle 1000
Localidad: EL DORADO

Matrícula

Profesional N°

110736

N°

Teléfono: 3751421426

Firma

Fabian Luis Díaz

Esp. en Medicina Interna

M.R. 0786

Sello

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Fozadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 10
del mes de Noviembre de 2015, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial, se legaliza el Expte.
Nº 4213-J-24 27141823
bajo el nº 256657 105

en Exp. Nº 118457/2013 Venialgo María
Paxona S/ Inscripción de defunción

de cuyo contenido doy fé. Referencia: archivo; Libro nº 14, Folio 16, Año 2015

Trámite

VIVIANA C. R. CASTILLO
Jefa Dpto. Desacho
Registro Provincial de los Fueros