



**- 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 líbrese 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  
Date: 2024.11.25 11:15:15 ART  
Name: CANTERO Hector  
Location: Secretaria de Tecnologia  
Indemnidad



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"

REGISTRO PROVINCIAL  
DE LAS PERSONAS

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 certificador del fallecimiento.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO  
Viviana  
Cristina  
Raquel

Firmado digitalmente por  
CASTILLO Viviana Cristina Raquel  
Nombre de reconocimiento (DN):  
sername=castillo\_civil\_27178144028;  
CAR 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@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. 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 líbrese 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 líbrese nuevo oficio adjuntando el certificado de defunción y la  
información requerida." Fdo. Dr. Maimo Jose Luis - Juez pór subrogacion legal.

Sin otro particular, saludo a Ud muy atte.

Digitally signed by CANTERO Hector  
Date: 2025.02.26 09:44:00 ART  
Name: Hector Cantero  
Location: Secretaría de Tecnología  
Identidad

2025 - “Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”

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'

**Formulario de Entrega Gratuita**Provincia de Misiones  
Ministerio de Salud Pública  
Programa Nacional de Estadística de Salud**CERTIFICADO DE DEFUNCION**

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

**REGISTRO CIVIL DE**Fecha de  
Inscripción \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_\_

Mes \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

CERTIFICO que Dña/a

DNI. / L.C. 34.821.917

Domiciliada en calle

Localidad MisionesProvincia MisionesNacionalidad Misiones

Profesión u ocupación

Estado Civil (1) Enfermedad Muerte Violenta El Día 22 de Junio de 2001 a las 18:00 horas en (7)

Ha fallecido de:

Profesión u ocupación

Tuvieron atención médica durante la enfermedad

Si  No 

Lo atendió el médico

o lesión que le produjo la muerte?

Causa de la defunción a) Neumonía grave b) Insuficiencia respiratoriaLugar donde ocurrió el hecho: TERRA VIVA

Profesional Certificante

Nombre y Apellido Eduardo VillaresNúmero Profesional N° 400706Domicilio Profesional: Calle Av. 9 de JulioLocalidad EldoradoTeléfono 0371 421100Dto. 1

Piso \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_

Esp. en Medicina Eduardo Villares

Mss. 0786

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

(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**

2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	1 Fecha de Inscripción	Dia	Mes	Año
			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 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE				
[ ]				
[ ]				
[ ]				
[ ]				

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

a) *Vascular aterosclerótica 19*

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)  
*Sinf. circulat. degenerativa*

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

[ ]

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 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	Continuar abajo	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	Día	Mes	Año
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>							

**DATOS DEL FALLECIDO**

Apellido/s <i>Vasquez</i>	Nombre/s <i>Ruth Roxana</i>	D.N.I. N° <i>34821913</i>
---------------------------	-----------------------------	---------------------------

10 Fecha de la defunción	Día <i>23</i> Mes <i>06</i> Año <i>2021</i>	11 Fecha de nacimiento	<i>22/03/80</i>
--------------------------	---	------------------------	-----------------

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

Años <i>31</i>	Meses	Días
Horas	Minutos	

13 Sexo  
 Masculino 1   
 Femenino 2   
 Indeterminado 3

14 Ocurrió en...	Nombre del establecimiento: <i>Hospital San Juan de Belén</i>
* Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
* Vivienda (domicilio) particular	3 <input type="checkbox"/>
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)	4 <input type="checkbox"/> Pasar a Preg. 15

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: _____	Localidad/Paraje _____	Departamento o Partido _____	Provincia _____
---	------------------------	------------------------------	-----------------

16 Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: <i>CAP.DUI</i>	Localidad/Paraje _____	Departamento o Partido _____	Provincia (o país para extranjeros) _____	País _____
---	------------------------	------------------------------	---	------------

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)	* Ambos 3 <input type="checkbox"/>	* Ninguno 4 <input type="checkbox"/>
* Obra Social 1 <input type="checkbox"/>	* Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/>	

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	<input type="checkbox"/>
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>

Superior o universitario 06  07

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>

- 19 Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	<input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2	<input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo		
No buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>

- 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	<input type="checkbox"/>
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>

S. E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>

- 22 Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años

23 La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1  Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente  
No 2  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	<input type="checkbox"/>
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>

S. E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>

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

- 25 Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1	<input type="checkbox"/>
• No trabaja	2	<input type="checkbox"/>
Busca trabajo	2	<input type="checkbox"/>

- 26 Cuál es su ocupación habitual?

• No busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>
--------------------	---	--------------------------

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

- 29 Nació de un embarazo...

- 28 Cuál fue su peso al morir?

• gramos

• Simple	ir a pregunta siguiente
• Múltiple	el que produjo: _____ niños vivos, y defunciones fetales

ELDORADO

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas

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?

31 En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

• Día Mes Año

34 Localidad:

Apellido y nombre: DÍAZ FABIAN LUIS  
Matrícula Profesional N° H00746  
Firma: Fabian Luis Diaz  
Esp. en Medicina Interna  
N.º: M.P. 0786  
Teléfono: 3751421926  
Sello:

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 10  
del mes de Noviembre de 2013 ante mí Jefe del Pto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de la Propiedad se rúbrica el Expediente  
Nº 423.1-24 2714183

256657 105

en Dto N° 18457 2013 VENIALGO ANA LIA  
WONA SI Inscripción de difusión

de cuyo contenido doy fe. Referencia archivo: Libro n° 14 Folio 16 Año 2015

Trámite

VIVIANA C. R. CASTILLO  
Jefe Pto. Destacado  
Registro Provincial de la Propiedad