PODER JUDICIAL
PROVINCIA DE MISIONES

FOLIO
Nº _____

OFICIO Nº28640244

Aristóbulo del Valle, Misiones, 23 de Abril de 2025

AL REGISTRO PROVINCIAL

DE LAS PERSONAS

Posadas, Misiones

Su despacho

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición de S.S., la Dra. Edelmira SALVI, Juez de Primera Instancia en lo Civil, Comercial, Laboral, de Familia y Violencia Familiar de la Localidad de Aristóbulo del Valle, de la Segunda Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, en los autos caratulados: **"EXPTE. Nº 36552/2025 SOLIS ANTONIA GERTRUDIS C/ GALLARDO ALAN ANTONIO ISMAEL S/Inscripción de Defunción"** que tramitan por ante la Secretaría Nº 3, a los efectos de notificarle la resolución recaída en estos autos que ordena la inscripción ante dicho organismo de la defunción del **Sr. ALAN ANTONIO ISMAEL GALLARDO -DNI Nº 39.638.303-,** ocurrido el día 27 de diciembre de 2024, a las 19 horas en Ruta 14 Km 893 de la ciudad de Campo Viera-Misiones..----------Como recaudo legal se transcribe la parte pertinente de la resolución que dispone el libramiento del presente oficio y que dice así: "*Aristóbulo del Valle, 21 de abril de 2025.-* ***Y VISTOS:*** *Estos autos caratulados* ***"EXPTE. Nº 36552/20250 SOLIS ANTONIA GERTRUDIS C/ GALLARDO ALAN ANTONIO ISMAEL S/Inscripción de Defunción",*** *que tramitan por ante este Juzgado Civil, Comercial, Laboral y de Familia, Secretaría N° 3.-* ***CONSIDERANDO:... RESUELVO****:* ***I.- APROBAR*** *la sumaria información, y disponer la inscripción de defunción de Sr. ALAN ANTONIO ISMAEL GALLARDO -DNI Nº 39.638.303-, ocurrido el día 27 de diciembre de 2024, a las 19 horas en Ruta 14 Km 893 de la ciudad de Campo Viera-Misiones.* ***II.-*** *Librar oficio al Registro Provincial de las Personas a los fines de la toma de razón.* ***REGÍSTRESE. COPIESE. NOTIFÍQUESE*** -"----------Nro ID Documento:

28496733.----------Tipo Documento: **RESOLUCIÓN.----------**
Organismo: **JUZGADO CIVIL Y COMERCIAL Y LABORAL Y DE FAMILIA N° 1 ARISTOBULO DEL VALLE ARISTOBULO DEL VALLE.**----------Secretaría: **1 -SECRETARIA 1.**----------Nro de Expediente**: 36552/2025**.----------Designación: **SOLIS ANTONIA GERTRUDIS C/ GALLARDO ALAN ANTONIO ISMAEL S/INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN ----------**Fecha de Registro: **15/04/2025**----------Hora de Registro: **10:42:50**----------Número de Protocolo: **151/2025**----------Usuario Firmante: **EDELMIRA SALVI.**----------

Saludo a Ud. Atte.

ID 28640244

Digitally signed by RAUBER Cintia Mabel
Date: 2025.04.23 10:03:06 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia Informatica

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Programa Nacional de Estadística de Salud

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción: Día ___ Mes ___ Año ___

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

CERTIFICO que Don/ña Alan Antonio Ismael Gallardo Varón ☒ Mujer ☐

D.N.I. / L.C. / C.I. 39638303 Domiciliado/a en calle Casa 20 B° IPRODHA 75 VIV. N° ___

Localidad Campo Grande Provincia Misiones de 28 Años de edad, Nacido el 13 de Julio de 1996

en Misiones Estado Civil (1) — Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación —

Ha fallecido de: Enfermedad ☐ Muerte Violenta ☒ El Día 27 de diciembre de 2024 a las 19 horas en: Ruta 14 km 893

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Sí 1 ☐ No 2 ☒

Lo atendió el médico que suscribe Sí 1 ☐ No 2 ☒

Causa de la defunción a) Paro cardiorrespiratorio traumático b) Traumatismo grave de cuerpo

Lugar donde ocurrió el hecho: Ruta 14 km 893

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Fernando Alonso Matrícula Profesional N° 4385

Domicilio Profesional: Calle Av. Sarmiento N° 830 Dto. ___ Piso ___

Localidad Oberá Teléfonos 3755 421135

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Campo Viera

Fecha: 27 de diciembre de 2024

ALONSO FERNANDO DANIEL
MÉDICO
M.P. M04383
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ESTADISTICAS 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? Sí 1 ☐ No 2 ☒ → Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico que suscribe? Sí 1 ☐ No 2 ☒

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

		INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.	a) Paro cardio respiratorio Traumático	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.	b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Traumatismo grave de cráneo	
	c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) —	
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	No Usar	

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.

Accidente vial moto - camioneta

c) Lugar donde ocurrió el hecho: Ruta 14 Km 893

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 9 ☐ } Continuar abajo → * 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: Gallardo Nombre/s: Alan Antonio Ismael D.N.I. Nº: 39638303

10 Fecha de la defunción: Día 27 Mes 12 Año 2024

11 Fecha de nacimiento: 13/06/1996

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 28
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días: Meses ___ Días ___
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: Horas ___ Minutos ___

13 Sexo: Masculino 1 ☒ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐

14 Ocurrió en...

* Establecimiento de salud público 1 ☐
* Establecimiento privado, obra social, etc. 2 ☐
* Vivienda (domicilio) particular 3 ☐
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 ☒

} → Pasar a Preg. 15

Nombre del establecimiento: ___ No Usar

15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Ruta 14 Km 893

Localidad/Paraje: Campo Viera Departamento o Partido: Oberá

No Usar Provincia: Misiones

16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: Calle 20 Bº Ipadha 75 Viv.

Localidad/Paraje: Campo Grande Departamento o Partido: Leandro N. Alem

Provincia (o país para extranjeros): Misiones País

17 Pertenecía 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 ESTADISTICAS VITALES

Escaneado con CamScanner

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
  - -- Primario 02 ☐ 03 ☐
  - -- Secundario 04 ☐ 05 ☐
- Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S.E. Reformado — Incompleto / Completo
- -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 ☐ 12 ☐
- -- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐
- -- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

19 Cuál era su situación laboral?

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

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

MADRE

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
  - -- Primario 02 ☐ 03 ☐
  - -- Secundario 04 ☐ 05 ☐
- Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S. E. Reformado — Incompleto / Completo
- -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 ☐ 12 ☐
- -- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐
- -- Polimodal 15 ☐ 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 ☐ → 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 ESTA INSCRIBIENDO

PADRE

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
  - -- Primario 02 ☐ 03 ☐
  - -- Secundario 04 ☐ 05 ☐
- Superior o universitario 06 ☐ 07 ☐

S. E. Reformado — Incompleto / Completo
- -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 ☐ 12 ☐
- -- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐
- -- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

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

PADRE / MADRE

25 Cuál era su situación laboral?

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

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 1 ☐ → ir a pregunta siguiente
- Múltiple 2 ☐ → 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: Alonso Fernando
Matrícula Profesional Nº: 4385
Firma:
Domicilio Profesional: Calle: Av Sarmiento Nº 930
Localidad: Obera
Teléfono: 3755421135
Sello: ALONSO FERNANDO DANIEL MEDICO M.P. M04385

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

Escaneado con CamScanner

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 29
del mes de Abril de 20 25, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico
y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.
N° 1172-J-25 Folio N° 28640744 de fecha
245065 F° 64
en Expte N° 36552/2025 Solis Antonia
Gertrudis c/Gallardo Dion Antonio
Ismael s/ Inscripción de defunción
de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo: Libro 05 Folio 05 Año 2025
Trámite

VIVIANA C R CASTILLO
Jefa Dpto. Despacho
Registro Provincial de las Personas

Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
6	1006	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1° CENTRO**

República Argentina, a **Quince** de **Mayo**

de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de

GALLARDO Alan Antonio Ismael

Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**

estado **N/D**

profesión Doc. Ident **DNI: 39638303**

Domicilio **Casa 20 -B° Iprodha 75 Viv- Campo Grande- Misiones**

Hijo de:

y de:

Nacido en **Provincia de Misiones** el **13** de **Junio** de **1996**

Ocurrida en: **Ruta 14 - Km 983 - Campo Viera - Misiones**

El **27** de **Diciembre** de **2024**, a las **19:00** horas

Causa de la Defunción: **Paro Cardiorespiratorio No Traumatico - Traumatismo Grave de Craneo**

Certificado Médico: **MEDICO FERNANDO DANIEL ALONSO**

Era cónyuge de:

Declarante: Doc. Ident:

Domicilio:

Obra en Virtud de **OFICIO N° 28640244. EXPTE N° 36552/2025 de fecha 23 de Abril de 2025. Venido del Juzgado de Primera Instancia en lo Civil , Comercial, Laboral , de Familia Y Violencia Familiar de la Segunda Circunscripción Judicial de Aristóbulo del Valle Misiones. Fdo. Dra. Edelmira Salvi, Juez de Primera Instancia. Fdo Dra Cintia Mabel Rauber , Secretaria . Ref. Expte N° 36552/2025 R.P.P.**

DELEGACIÓN DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS — DEFUNCION DIGITAL

CASADELLA ESTEVA JUDA
Registro Provincial de las Personas

a6d96cc35ed30c9cdf6460609498a9b3