

Eldorado Mnes., 25 de Septiembre de 2025.-

OFICIO ID Nº: 30578998 /2025.

A LA SRA.

DIRECTORA DEL REGISTRO PROVINCIAL

DE LAS PERSONAS R.P.P

POSADAS - MISIONES

SU DESPACHO:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición de S.S. en los autos caratulados "**EXPTE. Nº: 147381/2025 COMISARÍA DE WANDA UR-V S/SOLICITA INSCRIPCIÓN DE ACTA DE DEFUNCIÓN DE QUIEN EN VIDA FUERA AMARILLA MANUEL, MEDIANTE NOTA A-5 Nº 890/25.**", que se tramita por este Juzgado Correccional y de Menores Nº 1, Secretaria Menores Nº 1, de la tercera Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en calle Lavalle Nº 2093, 1er piso, a efectos de solicitarle que proceda a realizar la Inscripción del Acta de Defunción del Extinto quien en vida fuera **Amarilla Manuel DNI Nº: 5.093.511**, fallecido el día 03/07/2025. Adjunto se envía copia del DNI, Certificado Médico de Defunción e Acta de Constatación de Óbito.-

La providencia que ordena la presente medida en sus partes dice: ..."Eldorado Mnes., 25 de Septiembre de 2025.-**LÍBRESE OFICIO** a la Directora del Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones, a efectos de que proceda a realizar la Inscripción de Defunción conforme a lo determinado en los Artículos 70, 67 y concordantes de la Ley 26.413, del extinto, quien en vida fuera Amarilla Manuel DNI Nº: 5.093.511, nacido el 26/12/1948, y fecha de Defunción el día 03 de Julio de 2025, Muerte por enfermedad, debido a un Taponamiento Cardíaco, produciendo un Infarto Agudo de Miocardio, conforme al certificado de defunción otorgado por el Dr. Diego David Gonzalez M.P. Nº: 4558 en Incidente Nº: 97263/2025.- Fdo. Dr. Martín Luis Brites, Juez por Subrogación Legal, ante

mí Dr. Vanessa Mariela Cabral, Secretaria Nº 1 del Juzgado Correccional y de Menores Nº 1 de la Tercera Circunscripción Judicial".

Sin otro particular saludo a Ud. con atenta consideración.-

Digitally signed by CABRAL Vanessa
Mariela
Date: 2025.09.25 12:00:32 ART
Reason: Poder Judicial de Minas
Location: Secretaria de Tecnología
Informática

Signature Not
Verified

Digitally signed by
GONZALEZ Diego David
Date: 2025.07.07 08:27:55
ART
Reason: Poder Judicial de
la Provincia de Misiones
Location: Misiones

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña		AMARILLA MANUEL		Varón ☒ Mujer ☐	
D.N.I. / L.C. / C.I.		M5.093.511		Domiciliado/a en calle S/N S/N COLONIA WANDA Nº	
Localidad		IGUAZU		Provincia MISIONES de 76 Años de edad, Nacido el 26 de DICIEMBRE de 1948	
en		MISIONES		Estado Civil (1) Nacionalidad ARGENTINO Profesión u ocupación	
Ha fallecido de:		Enfermedad ☒ Muerte Violenta ☐		El Día 03 de JULIO de 20 25 a las 22:30 horas en: WANDA	
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad		Sí 1 ☐ No 2 ☒		Lo atendió el médico Sí 1 ☐ No 2 ☒	
o lesión que le produjo la muerte?		No 2 ☒		que suscribe No 2 ☒	
Causa de la defunción a)		TAPONAMIENTO CARDIACO		RUPTURA CARDIACA - INFARTO AGUDO DE	
Lugar donde ocurrió el hecho:		WANDA		b) MIOCARDIO	
PROFESIONAL CERTIFICANTE					
Nombre y Apellido		DIEGO DAVID GONZALEZ		Matricula Profesional Nº 4558	
Domicilio Profesional: Calle		AV ALEM		Nº 3417 Dto. Piso	
Localidad		POSADAS - MISIONES		Teléfonos	
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:					
Lugar:		MORGUE JUDICIAL DE POSADAS		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO	
Fecha:		05 de JULIO de 20 25			

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

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 ☒	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) TAPONAMIENTO CARDIACO	
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) RUPTURA CARDIACA	
	c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	
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.	
c) Lugar donde ocurrió el hecho:	

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 ☐	* 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	Nombre/s	D.N.I. Nº
AMARILLA	MANUEL	M5.093.511

10	Fecha de la defunción	11	Fecha de nacimiento
Día	Mes	Año	
03	07	2025	26 DICIEMBRE 1948

12	Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	13	Sexo
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años	Años 76	1	Masculino ☒
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días	Meses	2	Femenino ☐
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos	Horas	3	Indeterminado ☐
	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	Preg.

15	Domicilio donde se produjo:	Calle y N° / Ruta y Km.: S/N S/N COLONIA WANDA
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	
IGUAZU	MISIONES	
Provincia		

16	Vivía habitualmente en:	Calle y N° / Ruta y Km.: S/N S/N COLONIA WANDA
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	
IGUAZU	MISIONES	
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)		
* Obra Social 1 ☐	* Plan de salud privado o mutual 2 ☐	* Ambos 3 ☐	* Ninguno 4 ☐

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS 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	☐	12
-- Secundario	04	☐	05	☐	-- Ciclo EGB 3ro.	13	☐	14
					-- Polimodal	15	☐	16
• Superior o universitario	06	☐	07	☐				

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

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	☐	12
-- Secundario	04	☐	05	☐	-- Ciclo EGB 3ro.	13	☐	14
					-- Polimodal	15	☐	16
• Superior o universitario	06	☐	07	☐				

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	☐						
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo			S. E. Reformado	Incompleto	Completo	
-- Primario	02	☐	03	☐	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	☐	12
-- Secundario	04	☐	05	☐	-- Ciclo EGB 3ro.	13	☐	14
					-- Polimodal	15	☐	16
• Superior o universitario	06	☐	07	☐				

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 ☐ 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 niños vivos, y produjo: 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 ☒ Apellido y nombre GONZALEZ DIEGO DAVID Matricula Profesional N° 4558 Firma _____

Otro 2 ☐ Domicilio _____

Profesional: Calle AV ALEM N° 3417

Localidad: POSADAS - MISIONES Teléfono: _____ Sello _____

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

POSADAS, 22 de octubre de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A
JUZGADO DE CORRECCIONAL
Y DE MENORES N° 1
DE LA 3° CIRCUNSC. JUDICIAL
ELDORADO - MISIONES
S / D**

Nota N° 2080 / 2025.-

Tengo el agrado de dirigirme a
Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 30578998/2025** de fecha
25 de septiembre de 2025, librado en autos caratulados **“Expte. N°
147381/2025 COMISARÍA DE WANDA UR-V S/SOLICITA
INSCRIPCIÓN DE ACTA DE DEFUNCIÓN DE QUIEN EN VIDA
FUERA AMARILLA MANUEL, MEDIANTE NOTA A-5 N° 890/25”**,
solicitándole que previo a dar cumplimiento a lo ordenado, remitan
a esta Dirección General Oficio Original con la transcripción
íntegra de la Sentencia de S.S., atento al tiempo transcurrido y 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: 2025.10.22
12:17:35 -03'00'

AAR