



FOLIO  
Nº \_\_\_\_\_

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, Secretaría 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 N° 1 del Juzgado Correccional y de Menores N° 1 de la Tercera Circunscripción Judicial".*

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

Digitally signed by CABRAL, Vanessa  
Name: CABRAL, Vanessa  
Date: 2025.09.25 12:00:52 ART  
Reason: Poder Judicial de Misiones  
Location: Oficina de Secretaría 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      Día      Mes      Año

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña AMARILLA MANUEL		Varón <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
D.N.I. / L.C. / C.I. M5.093.511 Domiciliada en calle S/N S/N COLONIA WANDA		Nº	
Localidad IGUAZU Provincia MISIONES de 76 Años de edad, Nacido el 29 de DICIEMBRE de 1948.			
en MISIONES Estado Civil (1) Nacionalidad ARGENTINO Profesión u ocupación			
Ha fallecido de: Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Muerte Violenta <input type="checkbox"/> El Día 03 de JULIO de 20 25 a las 22:30 horas en: WANDA			
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad		Sí <input type="checkbox"/>	Lo atendió el médico
o lesión que le produjo la muerte?		No <input checked="" type="checkbox"/>	que suscribe
Causa de la defunción a) TAPONAMIENTO CARDIACO		Si <input type="checkbox"/>	
b) RUPTURA CARDIACA - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO		No <input type="checkbox"/>	
Lugar donde ocurrió el hecho: WANDA			
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			

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

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

**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**

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)**

<p>5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> → Pasar a Preg. 7</p>	<p>6 Lo atendió el médico que suscribe?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<b>7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b>	
<p>I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.</p> <p>Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.</p> <p>II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.</p>	
<p>a) TAPONAMIENTO CARDIACO</p> <p>b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) RUPTURA CARDIACA</p> <p>c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO</p>	
<small>INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE</small>	
<p>8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)</p> <p>a) Indicar si fue por: * Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> <p>c) Lugar donde ocurrió el hecho:</p>	
<p>9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS</p> <p>* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> } Continuar Se ignora 9 <input type="checkbox"/> abajo</p> <p>* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Dia Mes Año</p> <p>La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/></p>	

**DATOS DEL FALLECIDO**

Apellido/s AMARILLA	Nombre/s MANUEL	D.N.I. Nº M.093.511								
10 Fecha de la defunción [0 3] [0 7] [2 0 2 5]	11 Fecha de nacimiento 26 DICIEMBRE 1948									
<p>12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)</p> <p>* 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</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">Años</td> <td style="text-align: center;">76</td> <td style="text-align: left;">Meses</td> <td style="text-align: center;">Días</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Horas</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: right;">Minutos</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>			Años	76	Meses	Días	Horas		Minutos	
Años	76	Meses	Días							
Horas		Minutos								
<p>13 Sexo</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Masculino</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Femenino</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Indeterminado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Indeterminado	<input type="checkbox"/>		
Masculino	<input checked="" type="checkbox"/>									
Femenino	<input type="checkbox"/>									
Indeterminado	<input type="checkbox"/>									
<p>14 Ocurrió en...            * Establecimiento de salud público            * Establecimiento privado, obra social, etc.            * Vivienda (domicilio) particular            * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> } → Nombre del establecimiento:            2 <input type="checkbox"/>            3 <input checked="" type="checkbox"/> Pasar a Preg. 15            4 <input type="checkbox"/>      No Usar</p>										
<p>15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: S/N S/N COLONIA WANDA</p> <p>Localidad/Paraje IGUAZU Departamento o Partido _____            Provincia MISIONES</p>										
<p>16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: S/N S/N COLONIA WANDA</p> <p>Localidad/Paraje IGUAZU Departamento o Partido _____            Provincia (o país para extranjeros) MISIONES País _____</p>										
<p>17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)</p> <p>* Obra Social 1 <input type="checkbox"/> * Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> * Ambos 3 <input type="checkbox"/> * Ninguno 4 <input type="checkbox"/></p>										

Continua 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

	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>		-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

19 Cuál era su situación laboral?

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

20 Cuál era su ocupación habitual?

No Espec

## 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

	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>

- 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

	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>

- Superior o universitario 06  07

### 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
- No trabaja 2  Busca trabajo
- No busca trabajo 3

26 Cuál es su ocupación habitual?

No Espec

## 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...

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?

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

- Simple 1  ir a pregunta siguiente
- Múltiple 2  el que \_\_\_\_\_ niños vivos, y produjo: \_\_\_\_\_ defunciones fetales

• semanas completas \_\_\_\_\_

• Dia \_\_\_\_\_ 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   
Domicilio  
Profesional: Calle AV ALEM  
Otro 2   
Localidad: POSADAS - MISIONES

Matrícula Profesional N° 4558  
N° 3417  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES



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, 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