

La Rioja, 26 de Mayo de 2025.-

A la Sra. Directora de la Escuela N° 243

Gdor. Benjamín de la Vega

Profesora: Rossana del Valle Porras

PRESENTE

La que suscribe GRAMAJO TELLO, Johana, DNI N° 36.436.477, docente de grado suplente de esta institución, tiene el agrado de dirigirse a Ud. a los efectos de solicitar licencia art 10.1 por fallecimiento de mi abuela acaecido en la Localidad de Los Altos provincia de Catamarca.

Adjunto a la presente Certificado de Defunción.

Sin otro particular saludo a Usted muy atte.



A large, fluid handwritten signature in black ink, likely belonging to Johana Gramajo Tello.

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Rossana Del V. Porras.

Rossana Del V. Porras
Directora Interina
Esc N 243 Gdor Benjamín De La Vega

Recibido
26/05/25.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO CIVIL PROVINCIA DE CATAMARCA

1598 / 2025

Seccional	Registrado bajo Acta N°	Tomo:	Folio:	LC, LE, DNI N°
-----------	----------------------------	-------	--------	----------------

PARA USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL

Certifico que: LUCAS RAMON ROZO de sexo M ☒ F ☐

Nacido el Día 20 Mes 05 Año 1939 en CATAMARCA Localidad: PARTE DE DOLO Provincia: CATAMARCA

Domicilio real en Calle N° 514

ha fallecido en Su Domicilio ☐ Establecimiento Asistencial ☒ Otro ☐ Calle N° 1309

Localidad: LOS ALTOS El Día 24 Mes 05 Año 2025 a horas 13:09

a causas de INSUFICIENCIA CARDIACA

causas antecedentes:

Fecha de Expedición Día 24 Mes 05 Año 2025 Dejo constancia que los datos referidos los obtuve por haber asistido al paciente ☒ o referencia de terceros ☐

a horas 13:09 Reconocido el cadáver ☒

Datos del Médico o Agente Sanitario Habilitado	Nombre y Apellido <u>Dr. Juan Carlos...</u>	N° <u>255</u>	Localidad <u>1163</u>
Domicilio en Calle	Matricula Profesional Provincial N°		
Teléfono	Observaciones		

1) Certificado por autoridad sanitaria de la jurisdicción

Firma: _____ Sello

1) El certificado de defunción extendido por Argentina sanitario deberá ser certificado por la autoridad sanitaria de la jurisdicción respectiva (Art. 62 segundo párrafo)

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCIÓN
Para la Dirección Provincial de Estadística y Censos

1598 / 2025

Fecha de _____ Año _____



CERTIFICADO DE DEFUNCION
PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO CIVIL PROVINCIA DE CATAMARCA

Nombre y apellido: **LUIS ROBERTO ROSA**
Fecha de inscripción: **15/08/2025**
Dirección: **1163**
Lugar de defunción: **LOS ALTOS**
Causa de defunción: **INSUFICIENCIA CARDIACA**
Edad: **13 años**
Sexo: **M**
Profesión: **Estudiante**
Observaciones: **1163**

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION
Para la Dirección Provincial de Estadística y Censos

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1. Fecha de inscripción: **15/08/2025**
2. Departamento: **CATAMARCA**
3. Delegación o Registro Civil: **1163**
4. Turno: **1**
5. Folio: **1**
6. Acta: **1**

DATOS DE LA DEFUNCION (SOLO PARA FINES ESTADISTICOS Y A SER LLENADO SOLO POR EL MEDICO CERTIFICANTE)

7. Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? **Si 1**
8. Lo atendió el médico que suscribe **No 2**
9. CAUSA DE LA DEFUNCION
a) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente: **INSUFICIENCIA CARDIACA**
b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE): **HIPOERTENSION ARTERIAL**
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE): **ARITMIA CARDIACA**
d) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo: **DESIDENTIFICACION**
10. EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (unicamente)
a) Tipo de muerte: **Accidente 1**
b) Como se produjo: **Descripción de las circunstancias o situación en que aconteció, por ejemplo, caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicofármacos, etc. Si fue transportado a un hospital indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, pasajero, etc.**
c) Lugar donde ocurrió el hecho: **Si 1**
d) Si se realizó autopsia: **No 2**
e) Resultado: **Contratar 1**
f) Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo: **15/08/2025**

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre: **LUIS ROBERTO ROSA**
Tipo y Número de Documento: **LC LE DNIN 8704488**
11. Lugar de Nacimiento: **CATAMARCA**
12. Fecha de Nacimiento: **13/08/1934**
13. Fecha de Defunción: **15/08/2025**
14. Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda): **90 años**
15. Sexo: **Masculino 1**
16. Ocurrió en:
a) establecimiento de salud público: **1**
b) Establecimiento privado: obra social etc.: **2**
c) Vivienda (domicilio particular): **3**
d) Otro lugar (vía pública, transportes, etc.): **4**
Nombre del establecimiento: **HOSPITAL REGIONAL LOS ALTOS**
17. Dirección donde se produjo: Calle y Número y Km.
Localidad: **LOS ALTOS**
Departamento: **CATAMARCA**
Municipio: **1163**
Provincia: **CATAMARCA**
18. Vivió habitualmente en: Calle y Número y Km.
Localidad: **LOS ALTOS**
Municipio: **1163**
Departamento: **CATAMARCA**
Provincia: **CATAMARCA**
19. Pertenencia o estaba asociado a (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre):
a) Obra social: **1**
b) Plan de salud privado o mutual: **2**
c) Plan o seguro público: **3**
d) Más de uno: **4**
e) Ninguno: **5**

Los datos, tanto cuando son solicitados por separado, como cuando se solicitan en conjunto, deben ser consignados en el presente informe, salvo que no tiene relevancia estadística para la obra social, en seguros, ni papeles de ningún tipo.

Importante:

El presente informe, salvo que no tiene relevancia estadística para la obra social, en seguros, ni papeles de ningún tipo.

PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD

[illegible]