

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCION

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17822)

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 DEFUNCION (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

5 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Si 1 ☐	No 2 ☐	6 Lo atendió el médico que suscribe	Si 1 ☐	No 2 ☐
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

7 CAUSA DE LA DEFUNCION		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
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 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.		

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 andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópicos, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.			

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS	Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	Si 1 ☐	No 2 ☐	Se ignora 9 ☐	Continuar abajo	Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	Día	Mes	Año
--	--	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-----------------	---	-----	-----	-----

DATOS DEL FALLECIDO DNI N° 16.423.487

Apellido/s: <u>Ortíz</u>	Nombre/s: <u>Domingo Frustino</u>
--------------------------	-----------------------------------

10 Fecha de la Defunción	Día	Mes	Año	11 Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
	10	12	2025		11	09	1963

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	Años	Meses	Días	13 Sexo
• Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años	01			Masculino 1 ☒
• Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año consignar sólo meses y días				Femenino 2 ☐
• Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos.				Indeterminado 3 ☐

14 Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:
• Establecimiento de salud público 1 ☒	<u>Hospital de Oro</u>
• Establecimiento privado, obra social, etc. 2 ☐	
• Vivienda (domicilio) particular 3 ☐	
• Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) 4 ☐	

15 Domicilio donde se produjo:	Calle y N°/Ruta y km:
Localidad / Paraje: <u>Chileno</u>	<u>Av. de Oro</u>
Departamento o Partido: <u>Chileno</u>	
Provincia: <u>La Plata</u>	

16 Vivía habitualmente en:	Calle y N°/Ruta y km:
Localidad / Paraje: <u>San José</u>	<u>Av. de Oro</u>
Departamento o Partido: <u>Chileno</u>	
Provincia (o país para extranjeros): <u>La Plata</u>	

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 →



MINISTERIO DE HACIENDA
Y FINANZAS PÚBLICAS
PROVINCIA DE LA RIOJA

de Cobro

Parte Nro: 7181

Cierre Nro: 3

Operación Nro: 62

Fecha y Hora: 05/02/2025 12:27

Caja 012 - Cajero JULIO MAZZA

Detalle de Comprobantes

() - COCHERIA NIÑO ALCALDE

Cpte: 17001842129

TASAS: \$250.00

TOTAL COMPROBANTES: \$250.00

Valores Cobrados

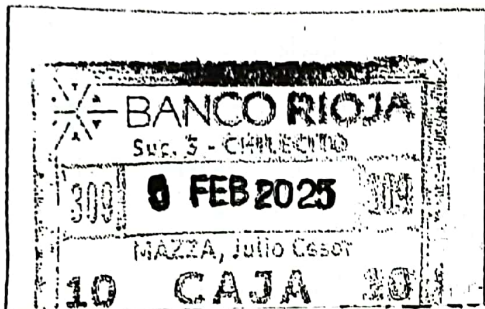
Efectivo

PESOS:

\$250.00

TOTAL VALORES: \$250.00

250.00
0.00
250.00



Datos Responsable

Nombre: COCHERIA NIÑO ALCALDE

Tipo Doc.: CUIT/CUIL N° Doc: 23201089549

Detalle Instrumento: ACTA DE DEFUNCION

07-03-2025

de comprobante: 17001842129



21290000025000250307000000000000024

robante debe adjuntar recibo de pago de recibo

ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

CERTIFICA: Que la presente fotocopia es copia fiel del libro
de DEFUNCION de SANOGASTA.

Año 2025 - Tomo 6 Folio: 2 Acta 2

Dpto.: CHILECITO, que se encuentra

archivado en esta " " - I.-

SANOGASTA - LA RIOJA, 05 de Febrero de 2025



BRENDA J. VAREZ
OFICIAL PÚBLICA - D.S.P. N° 011/21
OFICINA N° 195 - SANOGASTA
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL - LA RIOJA

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS
PROVINCIA DE LA RIOJA

"Este documento no podrá usarse por autoridad judicial o
Administrativa, ni por entes o personas privadas debiendo
limitarse a tomar constancia, o certificar por cualquier
medio fehaciente, el contenido del mismo"

Art. 23 de la Ley Nacional Nro. 26.413



Oremio
Domingo
Faustino

Acta N° 2. Tomo 6. Año 2025. En Sanagasta Departamento
Chilecito, Provincia de La Rioja, Republica Argentina,
a 11 dias del mes de Febrero de 2025. Yo Funcionario
del Registro Civil. Inscribo la Defuncion de Oremio Faustino
Domingo, Nacionalidad Argentina, DNI N° 16.423.987 (25 años),
sexo masculino, estado civil soltero, de 61 años de edad,
desempleado, nacido en Departamento Chilecito, Distrito
Miranda, de la Provincia de La Rioja, el 11 de Septiembre del
Año 1964, domiciliado en Sanagasta, Barrio La Quinta y/o
Departamento Chilecito Pcia de La Rioja. Hijo de Don Juan
Arenio Oremio y Doña Carmen Abellay de Oremio. Causa
de Defuncion infarto, segun certificado Medico de Dr
Dra Salguero Claudio E. MPN° 2340, ocurrido en Ambulancia
de traslado Socio Chilecito, Pcia de La Rioja, el 09 del
de Febrero del Año 2025, a horas 22:00. Declarante el
Señor Alvaro Tomas Manuel, DNI N° 40.482.656, domici-
liado en San Martin 862, B° Mayo, Chilecito. Qui su-
be en Virtud de Declarante del estinto.



x

x

Acta N°

Folio N°

Tomo N°

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscrito Dr.: Salgueiro Claudio E.
 CERTIFICA que don Demetrio Federico Vimeño de sexo Varón Estado Civil Soltero
 Nombre del Cónyuge: _____ Profesión del Fallecido: Choferista
 domiciliado en: Santiago Calle: N° 12
 N° 5/11 del Departamento: Chile de la Provincia de: de 110/10
 de: 61 años de edad - L.E. / L.C. / D.N.I. N° 16.423.987 (EXTRAVIADO)
 Cédula Identidad N° _____ Expedida por la Policía de: _____
 de nacionalidad Argentina hijo de: JUAN ARSENIO DEHENO y de doña: CARMEN ABALLAY
 ha fallecido por: Infarto miocárdico
 en (lugar fallecimiento): en su domicilio de 110/10
 el día 09 del mes de: Febrero de 20 25, a las horas 22:00
 lo que consta por historia clínica

(Haberle asistido o reconocido al cadáver)

OTORGADO EN:

a los 09 días del mes de Febrero de 20 25

Digo EXTRAVIADO "JALE"
y 61

FIRMA DEL MEDICO
 SELLO ACLARATORIO

Dra. Claudia E. Salgueiro
 M.P. 2340
 Médica - Terapia Intensiva

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES: Salgueiro Claudio E.
 DOMICILIO: Calle Prüver N°: 500 Teléfono N°: _____
 MATRICULA PROFESIONAL N°: 2340 FOLIO: _____ TOMO: _____