

**Ministerio de Salud**  
**Ministerio de Economía**

resolución n.º 2720

SANTA FE, 26 NOV. 2024

Visto:

El expediente Nº 00501-0207172-9 del S.I.E., mediante el cual la Subsecretaría de Medicamentos y Tecnología Sanitaria del Ministerio de Salud y la Secretaría de Economía para la Salud del Ministerio de Economía impulsan la aprobación de las “Condiciones para la Administración de Medicamentos e Insumos Adquiridos Centralizadamente” para efectores de salud de la Provincia de Santa Fe; y

**CONSIDERANDO:**

Que en el contexto nacional de crisis económica y social, del que la ciudadanía de la Provincia de Santa Fe no escapa, se impone la necesidad de revisar los procedimientos de adquisiciones de medicamentos, descartables e insumos en aras de conjugar la agilidad procedimental, la transparencia de la inversión pública y la eficiencia;

Que, al respecto, las Carteras de Salud y de Economía han considerado estratégico avanzar en el proceso de contrataciones centralizadas, y es su función elaborar las normas para lograr la eficiencia en el uso y aprovechamiento de dichas compras;

Que los referidos bienes representan un 70% del total de la inversión pública en salud de los establecimientos asistenciales;

Que resulta inminente lograr el abastecimiento oportuno de insumos de calidad a los establecimientos públicos, a través de procesos de gestión de compra planificados y adecuados a las necesidades, que sean coherentes con las metas del sistema de salud;

Que es menester asegurar de manera planificada y en base al diagnóstico de necesidades de servicios, las adquisiciones de insumos con evaluación continua de procesos;

Que la Ley Nº 6312 que regula los Servicios para la Atención de las Comunidades (SAMCos) establece que el Ministerio de Salud controlará el funcionamiento de estos entes (artículo 9) y ejercerá vigilancia en todos los aspectos administrativos, económico-financieros y patrimonial de los mismos (artículo 30);

Que, asimismo, en cuanto a los Hospitales Descentralizados, el Decreto N.º 1427/91, reglamentario de la Ley Nº 10.608, determina las facultades de dictar las políticas sanitarias por parte de la Cartera de Salud, además de controlar administrativa y contablemente a los efectores a los fines de velar por la legalidad de los actos administrativos y el cumplimiento de las metas que le han sido encomendadas (artículo 5º);

Que, en ese sentido, la presente gestión es impulsada con la intención de reforzar las premisas del artículo 115 de la Ley N° 12.510 de Administración, Eficiencia y Control del Estado, esencialmente las relacionadas con la optimización del poder de compra del Estado, la promoción de la concurrencia y competencia, la igualdad de posibilidades para los oferentes interesados, la flexibilidad y transparencia en los procedimientos y la economicidad, eficiencia y eficacia en la aplicación de los recursos públicos;

Que ambas Jurisdicciones actúan en el marco de las funciones encomendadas por el artículo 8° de la Ley Orgánica de Ministerios N° 14.224, como así también de las específicas para cada Cartera establecidas en la misma normativa (artículos 15° y 19°);

Que ha tomado la intervención de su competencia la Dirección General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud (Dictamen N° 992/24, fs. 31/vlto.);

POR ELLO:

La Ministra de Salud y

el Ministro de Economía

Resuelven:

ARTICULO 1º.- Apruébanse las “Condiciones para la Administración de Medicamentos e Insumos Adquiridos Centralizadamente”, descriptas en los Anexos que se adjuntan y forman parte de la presente resolución, cuyo objeto es evitar la duplicidad de gestiones para su adquisición, optimizando así los recursos y garantizando una distribución equitativa y eficiente de los mismos.-

ARTICULO 2º.- La medida dispuesta precedentemente será aplicable a todos los efectores públicos de gestión descentralizada que reciban medicamentos, descartables e insumos adquiridos a través de compras centralizadas gestionadas por el Ministerio de Salud o la entidad competente.-

ARTICULO 3º.- Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.-

Ciancio Silvia Susana

Olivares Pablo Andrés

## ANEXO I

### A. Sistema de Compras:

a. En los supuestos que el Ministerio de Salud adquiera medicamentos, descartables e insumos, los efectores de salud no podrán realizar adquisiciones de tales productos, salvo en los casos previstos en el Punto B.

b. El Ministerio de Salud solicitará informe fundado a aquellos efectores de salud que hayan

incurrido en gastos relacionados a compras de medicamentos, descartables e insumos, cuando se trate de bienes adquiridos también por la Jurisdicción de manera centralizada. Todo ello bajo apercibimiento de no reconocer los mismos, no pudiendo ser considerados para la rendición de los balances de movimientos de fondos, por lo que estas erogaciones se considerarán como partidas no rendidas.

**B. Excepciones - Falta de disponibilidad del medicamento o elemento en el sistema centralizado.**

a. El Ministerio informará a las instituciones de salud los medicamentos, descartables e insumos que adquiera de forma centralizada.

b. En caso de que el Ministerio de Salud se encontrara impedido de la provisión de medicamentos, descartables e insumos gestionados mediante compras centralizadas, emitirá certificación de tal situación al efector que requiera la adquisición de éstos, el que podrá realizar la compra, con la debida justificación y previa autorización de la Secretaría de Administración de dicha Jurisdicción.

c. En relación a los medicamentos de alto precio o costo, el Ministerio de Salud informará el precio de referencia orientativo, el cual se otorga junto con la negativa de stock establecida en el punto anterior (conforme modelo establecido en Anexo II).-

**C. Evaluación.**

El Ministerio de Salud evaluará periódicamente el cumplimiento de esta reglamentación y realizará un seguimiento de los procesos a fin de asegurar el uso óptimo de la misma. Las autoridades competentes realizarán auditorías periódicas para asegurar la observancia de la presente norma.

**D. Publicación.**

a. La presente norma entrará en vigor a partir de su publicación en el Boletín Oficial y deberá ser difundida a todas las entidades involucradas.

b. La implementación de este procedimiento se comunicará mediante circular de la Secretaría de Administración, con las formalidades, requisitos y el tiempo de adecuación de los establecimientos de salud de la Provincia.

**ANEXO II**

**Negativa de Stock de Medicamentos Adquiridos por Compras Centralizadas**

Fecha Efector solicitante Medicamento/Descartable/Insumo solicitado Cantidad Solicitada Precio de Referencia

Por la presente, la Dirección General de Farmacia, Bioquímica y Droguería Central dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, confirma que NO se encuentra en condiciones de proveer a la fecha el elemento solicitado.

S/C 44848 Dic. 11 Dic. 12

---

**SUBSECRETARIA DE CONTRATACIONES**  
**Y GESTIÓN DE BIENES**

RESOLUCIÓN N° 0555

Santa Fe, "Cuna de la Constitución Nacional", 10/12/2024

VISTO:

Los informes elevados por el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia, solicitando la inscripción de cuatro (04) firmas como nuevas proveedoras y la renovación de antecedentes de otras; y

CONSIDERANDO:

Que dicho Registro manifiesta que las mismas han cumplido con los requisitos exigidos por la Ley 12.510/05 y su Decreto Reglamentario N° 1104/16 en concordancia con la Resoluciones SCyGB N° 133/20 y 47/24, quedando debidamente encuadradas en las disposiciones vigentes;

Que los distintos estamentos técnicos han tomado la respectiva intervención sin observaciones que formular;

Que la presente se dicta en uso de las facultades emergentes de los Decretos N° 1104/16, 2479/09 y 0065/23;

POR ELLO:

LA SUBSECRETARIA DE CONTRATACIONES  
Y GESTIÓN DE BIENES

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Inscribase en el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia de

Santa Fe, por el término de dieciocho (18) meses a partir de la presente, a las siguientes firmas: CAMACHO LORENA LEONOR CUIT N.º 27-23674478-2; CHEVENT S.A. - AVENUE S.A. - SEPRIO S.A. UTE CUIT N.º 30-71878450-2; LONDERO ALEXIS LIONEL CUIT N.º 20-26789200-9; SONSINI RAMIRO CUIT N.º 20-42129310-5.

ARTÍCULO 2: Renuévase en el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia de Santa Fe, por el término de dieciocho (18) meses a partir de la presente, a las siguientes firmas: AWERBUCH DENISE CUIT N.º 27-26609088-4; BON S.R.L. CUIT N.º 30-71254343-0; JARDINES DEL LITORAL S.R.L. CUIT N.º 30-71063357-2; NATIVO SEGURIDAD S.R.L. CUIT N.º 30-71725883-1; RONCO VERÓNICA VIVIANA CUIT N.º 27-32078494-3.

ARTÍCULO 3: Renuévase en el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia de Santa Fe, por el término de doce (12) meses a partir de la presente, a la siguiente firma: SUAREZ MENENDEZ & ASOCIADOS S.R.L. CUIT N.º 30-59516161-0.

ARTÍCULO 4: Regístrese, comuníquese y archívese.

S/C 44852 Dic. 11 Dic. 12

---

#### RESOLUCIÓN Nº 0551

Santa Fe, "Cuna de la Constitución Nacional", 10/12/2024

#### VISTO:

El informe elevado por el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia, solicitando la inscripción de cuatro (4) firmas como nuevas proveedoras en el Registro de Beneficiarios de Pagos para Compras Menores y Excepciones; y

#### CONSIDERANDO:

Que dicho Registro manifiesta que las mismas han cumplido con los requisitos exigidos por la Ley 12.510/05 y su Decreto Reglamentario N° 1104/16 en concordancia con las Resoluciones SCYGB N.º 686/22 y 47/24, quedando debidamente encuadradas en las disposiciones vigentes;

Que los distintos estamentos técnicos han tomado la respectiva intervención sin observaciones que formular;

Que la presente se dicta en uso de las facultades emergentes de los Decretos N° 1104/16, 2479/09 y 0065/23;

POR ELLO:

LA SUBSECRETARIA DE CONTRATACIONES

Y GESTIÓN DE BIENES

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Inscríbase en el Registro de Beneficiarios de Pagos para Compras Menores y Excepciones, por el término de treinta y seis (36) meses a partir de la presente a las siguientes firmas: AMBROSINI WALTER OSCAR CUIT N.º 20-23405679-5; ASOCIACIÓN POR LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD HOMIMEN CUIT N.º 30-67462490-1; GUIGOU MADRID PEDRO NICOLÁS CUIT N.º 20-18888603-6; RÉBOLA ALFREDO RUBÉN CUIT N.º 20-31536983-6.

ARTÍCULO 2: Regístrese, comuníquese y archívese.

S/C 44846 Dic. 11 Dic. 12

---

RESOLUCIÓN N° 0553

Santa Fe, "Cuna de la Constitución Nacional", 10/12/2024

VISTO:

El informe elevado por el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia, solicitando la inscripción de una (1) firma como nueva proveedora en el Registro de Beneficiarios de Pagos para Compras Menores y Excepciones; y

CONSIDERANDO:

Que dicho Registro manifiesta que la misma ha cumplido con los requisitos exigidos por la Ley 12.510/05 y su Decreto Reglamentario N° 1104/16 en concordancia con las Resoluciones SCYGB N.º 686/22 y 47/24, quedando debidamente encuadrada en las disposiciones vigentes;

Que los distintos estamentos técnicos han tomado la respectiva intervención sin observaciones que formular;

Que la presente se dicta en uso de las facultades emergentes de los Decretos N° 1104/16, 2479/09 y 0065/23;

POR ELLO:

LA SUBSECRETARIA DE CONTRATACIONES

Y GESTIÓN DE BIENES

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Inscríbase en el Registro de Beneficiarios de Pagos para Compras Menores y Excepciones, por el término de treinta y seis (36) meses a partir de la presente a la siguiente firma: RICHTER EDUARDO FEDERICO CUIT N.º 20-12986744-3.

ARTÍCULO 2: Regístrese, comuníquese y archívese.

S/C 44847 Dic. 11 Dic. 12

---

RESOLUCIÓN N° 0554

Santa Fe, "Cuna de la Constitución Nacional", 10/12/2024

VISTO:

El informe elevado por el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia, solicitando la inscripción de cuatro (4) firmas como nuevas proveedoras en el Registro de Beneficiarios de Pagos para Compras Menores y Excepciones; y

CONSIDERANDO:

Que dicho Registro manifiesta que las mismas han cumplido con los requisitos exigidos por la Ley 12.510/05 y su Decreto Reglamentario N° 1104/16 en concordancia con las Resoluciones SCYGB N.º 686/22 y 47/24, quedando debidamente encuadradas en las disposiciones vigentes;

Que los distintos estamentos técnicos han tomado la respectiva intervención sin observaciones que formular;

Que la presente se dicta en uso de las facultades emergentes de los Decretos N° 1104/16, 2479/09 y 0065/23;

POR ELLO:

LA SUBSECRETARIA DE CONTRATACIONES

Y GESTIÓN DE BIENES

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Inscríbase en el Registro de Beneficiarios de Pagos para Compras Menores y Excepciones, por el término de treinta y seis (36) meses a partir de la presente a las siguientes firmas: GLAT OSVALDO ANÍBAL CUIT N.º 20-18326767-2; IBAÑEZ GUILLERMO MARTÍN CUIT N.º 20-21620153-2; OLIVERA MARCOS CUIT N.º 20-17906124-5; TRIPALDI REGINA CUIT N.º 27-25648418-3.

ARTÍCULO 2: Regístrese, comuníquese y archívese.

S/C 44849 Dic. 11 Dic. 12

---

RESOLUCIÓN Nº 0552

Santa Fe, "Cuna de la Constitución Nacional", 10/12/2024

VISTO:

Los informes elevados por el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia, solicitando la inscripción de cuatro (04) firmas como nuevas proveedoras y la renovación de antecedentes de otras; y

CONSIDERANDO:

Que dicho Registro manifiesta que las mismas han cumplido con los requisitos exigidos por la Ley 12.510/05 y su Decreto Reglamentario Nº 1104/16 en concordancia con la Resoluciones SCyGB Nº 133/20 y 47/24, quedando debidamente encuadradas en las disposiciones vigentes;

Que los distintos estamentos técnicos han tomado la respectiva intervención sin observaciones que formular;

Que la presente se dicta en uso de las facultades emergentes de los Decretos Nº 1104/16, 2479/09 y 0065/23;

POR ELLO:

LA SUBSECRETARIA DE CONTRATACIONES

Y GESTIÓN DE BIENES

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Inscribase en el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia de Santa Fe, por el término de dieciocho (18) meses a partir de la presente, a las siguientes firmas: BLS CONSTRUCCIONES S.A. CUIT N.º 30-71738770-4; CONLAFT S.R.L. CUIT N.º 30-71859411-8; FÉNIX CONSULTORÍA SAS CUIT Nº 30-71669479-4; ROSARIO TRAFO S.R.L. CUIT N.º 33-71561942-9.

ARTÍCULO 2: Renuévase en el Registro Único de Proveedores y Contratistas de la Provincia de Santa Fe, por el término de dieciocho (18) meses a partir de la presente, a las siguientes firmas: ALARCÓN CLAUDIA MABEL CUIT N.º 27-17591327-6; BUDE TAHER ELÍAS RAMÓN CUIT N.º 20-26093723-6; SANONER CRISTIAN CUIT N.º 23-22800502-9.

ARTÍCULO 3: Regístrese, comuníquese y archívese.

S/C 44850 Dic. 11 Dic. 12

---

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE VIVIENDA Y URBANISMO**

RESOLUCIÓN Nº 3968

SANTA FE, “Cuna de la Constitución Nacional”, 09 DIC 2024

VISTO:

El Expediente Nº 15201-0215281-0 del Sistema de Información de Expedientes; y

CONSIDERANDO:

Que ha sido detectada una situación de irregularidad respecto la Unidad Habitacional identificada como: LOTE Nº 122 – (Catamarca Nº 452) - (1D) - Nº DE CUENTA 0064-0122-7 - PLAN Nº 0064 - 211 VIVIENDAS – SAN JORGE - (DPTO. SAN MARTÍN), cuyas adjudicatarias son las señoras BLANCO, GRISELDA OFELIA y MANGOLD, RITA AURORA, conforme Resolución Nº 1731/96 (fs. 17), consistente en falta de pago y ocupación del bien;

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos mediante Dictamen Nº 133203 (fs. 32/33) manifiesta que según se informa por la Dirección General de Servicio Social, en la vivienda residen terceras personas hace varios años, se adjunta el Boleto de Compraventa que suscribieron para poder ingresar a la misma (fs. 18);

Que del estado de cuenta glosado a fs. 35/37 se desprende abultada deuda;

Que se encuentra probado que los adjudicatarios no ocupan la unidad, por lo tanto se configura claramente la situación de abandono de la vivienda, y debe recordarse que el “deber de ocupación” constituye una obligación jurídica de cumplimiento forzoso que no solo deriva de la reglamentación aplicable vigente, sino también del boleto oportunamente suscripto con los beneficiarios;

Que de igual manera se observa que existe deuda y debe recordarse que si bien este especial régimen habitacional está destinado a familias de escasos recursos económicos, se asienta en un criterio solidario del recupero de lo invertido, para facilitar el acceso a la vivienda de otras familias;

Que tal como se presenta el caso en el que se ignora el domicilio de los notificados, a los efectos de la notificación del acto deviene aplicable la forma que contempla el Decreto Nº 4174/15, es

decir, la notificación por edictos que se publicarán en el Boletín Oficial, conforme Artículos 21 inc. c) y 29. Mediante este procedimiento se estará garantizando a los administrados su derecho de defensa;

Que consecuentemente, con las probanzas apuntadas, dicha Asesoría Jurídica aconseja disponer mediante resolución la rescisión contractual y la desadjudicación de las señoras Blanco, Griselda Ofelia y Mangold, Rita Aurora, por la transgresión a los Artículos 34 y 39 del Reglamento de Adjudicación, Ocupación y Uso y cláusulas ccdtes. del Boleto de Compra-venta. En el mismo decisorio se dispondrá el recupero de la unidad mediante el procedimiento previsto en el Artículo 27 de la Ley Nacional Nº 21581, a la que adhiere la Provincia por Ley Nº 11102. En el acto administrativo a dictarse se hará saber a los particulares el derecho a interponer recurso y el plazo para hacerlo, conforme a la normativa vigente. Notificar el decisorio en el domicilio contractual y por edictos conforme Artículos 21 inc. c) y 29 del Decreto Nº 4174/15, debiendo Dirección de Despacho verificar la efectiva publicación, agregando la constancia correspondiente;

Por ello y de conformidad a las facultades conferidas por el Artículo 8vo. de la Ley 6690;

#### EL DIRECTOR PROVINCIAL DE VIVIENDA Y URBANISMO

##### Resuelve:

ARTICULO 1º: Desadjudicar la Unidad Habitacional identificada como: LOTE Nº 122 - (Catamarca Nº 452) - (1D) - Nº DE CUENTA 0064-0122-7 - PLAN Nº 0064 - 211 VIVIENDAS - SAN JORGE - (DPTO. SAN MARTÍN), a las señoras BLANCO, GRISELDA OFELIA y MANGOLD, RITA AURORA, por transgresión a los Artículos 34 y 39 del Reglamento de Adjudicación, Ocupación y Uso y cláusulas concordantes del Boleto de Compra-Venta oportunamente suscripto, el que se da por rescindido.-

ARTICULO 2º: En caso de no producirse la restitución pacífica del bien inmueble, previa individualización por el Área Social, del grupo familiar que propicie como adjudicatario de la vivienda a recuperar, autorizar a la Jefatura de la Dirección General de Asuntos Jurídicos para que personalmente o a través del profesional que este designe y por aplicación del Artículo 27 de la Ley 21.581 homologada por Ley Provincial Nº 11.102 que expresa:

“Quedan facultados los Organismos por medio de los que se hubieran ejecutado o ejecuten programas habitacionales financiados con recursos del FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA, para requerir y obtener el auxilio de la fuerza pública, y éstas obligadas a prestarlo, con el objeto de posibilitar la ejecución inmediata de todas las cláusulas insertas en los boletos de compra-venta, contratos de préstamo de uso o comodato y actos de entrega de tenencia precaria / aprobados por la SECRETARIA DE ESTADO DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA que suscriban con los beneficiarios de las viviendas. En tal sentido el auxilio de la fuerza pública podrá ser requerido, también, para producir el lanzamiento de aquellos que hubieren ocupado las viviendas, edificios, construcciones o terrenos, sin estar autorizados para ello por autoridad competente.- Asimismo, para la ejecución de las hipotecas que pudieran constituir a su favor, dichos organismos tendrán la posibilidad de instrumentar el mismo procedimiento que tiene establecido en sus operatorias el BANCO HIPOTECARIO NACIONAL.-

proceda a tomar los siguientes recaudos:

\* Remitir un oficio a la seccional de la jurisdicción para que preste el auxilio de la fuerza pública a los fines del desalojo y debida toma de posesión del inmueble.-

\* Actuar como oficial del desalojo, con facultad de utilizar cerrajero que proceda a la apertura del acceso a la vivienda, cambio de cerradura y realizar cualquier otra medida que sea conducente para facilitar el cometido.-

ARTICULO 3º: Al efecto de cumplimentar con lo normado por la Ley Nº 12071 se transcribe a continuación el Decreto Nº 4174/15 en sus partes pertinentes- “ARTICULO 42: El recurso de revocatoria podrá interponerse contra cualquier decisión dictada por autoridad pública, en ejercicio de función administrativa, por aquel que acreditare ser titular de derechos subjetivos públicos, intereses legítimos o derechos de incidencia colectiva. El recurso deberá interponerse ante la autoridad administrativa que dictó el acto objeto de impugnación. El plazo para interponer el recurso será de diez (10) días contados a partir de la notificación del decisorio. El recurso de revocatoria podrá interponerse también contra cualquier decisión que dicte la máxima autoridad de los entes descentralizados autárquicamente. La impugnación podrá fundarse en razones de ilegitimidad como de oportunidad, mérito o conveniencia.- ARTICULO 54: El recurso de apelación procede contra las decisiones de las autoridades administrativas de la Administración Centralizada o de las máximas autoridades de los entes descentralizados autárquicamente que resuelvan recursos de revocatoria y puede ser interpuesto por los interesados alcanzados por el acto en el plazo de diez (10) días hábiles contados desde la notificación respectiva, pudiendo también interponerse subsidiariamente con el recurso de revocatoria. Podrá fundarse en razones de ilegitimidad como de oportunidad, mérito o conveniencia.- ARTÍCULO 58: Podrán interponer este recurso (jerárquico) por ante el Poder Ejecutivo quienes consideren que los órganos competentes de la Administración Centralizada o de los entes descentralizados autárquicamente han denegado tácitamente un derecho postulado o incurrido en retardación indebida en dictar la resolución, siempre que haya estado precedido del correspondiente pedido de pronto despacho.-....”.-

ARTICULO 4º: El presente decisorio se notificará en el domicilio contractual y por edictos conforme Artículos 21 inc. c) y 29 del Decreto Nº 4174/15.-

ARTICULO 5º: Regístrese, comuníquese y archívese.-

S/C 44855 Dic. 11 Dic. 13

---

**DELEGACIÓN OESTE SECRETARÍA DE NIÑEZ,**

**ADOLESCENCIA Y FAMILIA**

NOTIFICACIÓN

Sr. Diego Ricardo CLEMENZ, DNI. Nº 39.500.902 Quien suscribe, Directora Provincial de Promoción y Protección de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia Interior, Abog. Melania HEINZEN, ha dispuesto dirigir a Ud. la presente, haciéndosele saber que se ha ordenado lo siguiente: “Rafaela, 05/12/2024, DISPOSICION Nº 139/2024 - VISTO: .... CONSIDERANDO: .... DISPONGO: ARTICULO Nº 1: Adoptar el CESE DE LA MEDIDA DE PROTECCIÓN EXCEPCIONAL DE DERECHOS y RESTITUCIÓN, que tiene por sujeto de protección a la niña Ludmila Ailín CLEMENZ, con DNI. Nº 53.180.479, fecha de nacimiento 11/05/2013, respecto de sus progenitores en ejercicio de la responsabilidad parental, la Sra. Marianela Soledad CARDOZO, DNI. Nº 39.500.902, domiciliada en calle Juan B. Justo Nro. 644 - Depto. 1 de la ciudad de Sunchales (Santa Fe); y el Sr. Diego Ricardo

CLEMENZ, DNI. Nº 39.500.902, con domicilio actual desconocido; retomando la niña la convivencia con su progenitora; de conformidad a lo dispuesto por el art. 51 Ley 12.967 y su respectivo Decreto Reglamentario Nº 615/10. ARTICULO Nº 2: Continuar con un proceso de acompañamiento y/o seguimiento de la situación familiar, mediante Medidas de Protección Integrales, ello a cargo de los organismos de primer nivel de intervención (Sunchales). ARTICULO Nº 3: Efectuar el procedimiento destinado a la notificación del Cese de la Medida de Protección Excepcional a las partes interesadas y peticionar el pertinente Control de la Legalidad de la misma por ante el órgano jurisdiccional competente. El presente Cese de la Medida de Protección Excepcional y Restitución, comenzará a correr a partir de que dicha medida adoptada, quede firme, mediante la notificación a las partes intervinientes.- ARTICULO Nº 4: Otórguese el trámite correspondiente, regístrese, notifíquese a las partes interesadas y al órgano jurisdiccional y oportunamente archívese.- “ Para un mayor recaudo se transcribe parte pertinente de la Ley Provincial Nº 12.967: ARTICULO Nº 60: RESOLUCIÓN: La autoridad administrativa del ámbito regional y la Autoridad de Aplicación Provincial son los únicos funcionarios con competencia para dirigir el procedimiento y para declarar y disponer por resolución administrativa debidamente fundada alguna medida de protección excepcional. Las medidas de protección excepcional son de aplicación restrictiva. ARTICULO Nº 61: NOTIFICACIÓN: La resolución administrativa por la que se adopta una medida de protección excepcional debe notificarse debidamente a los representantes legales, familiares o responsables de la niña, niño o adolescente. ARTICULO Nº 62: RECURSOS: Contra la resolución de la Autoridad administrativa del ámbito regional o la Autoridad de Aplicación Provincial que decide la aplicación de una medida de protección excepcional puede deducirse recurso de revocatoria en audiencia oral y actuada producida dentro del plazo de doce (12) horas de interpuesto el recurso. Este no tiene efecto suspensivo de la medida recurrida. Finalizada la sustanciación del recurso éste debe ser resuelto en un plazo de tres (3) horas, sin apelación administrativa y con notificación a las partes. REGLAMENTACION LEY 12.967 – DECRETO PROVINCIAL Nº 10.2104.- ARTICULO Nº 60: RESOLUCIÓN: Por resolución administrativa debe entenderse el acto administrativo emanado de la autoridad que el artículo que se reglamenta declare competente, el cual debe cumplir los requisitos formales de un acto administrativo. Las Prórrogas de las Medidas Excepcionales deberán dictarse con idéntico procedimiento y formalidades de la adopción de las medidas. ARTICULO 61: NOTIFICACIÓN: La notificación de la resolución por la que se adopta una medida de protección excepcional y sus prorrogas serán practicadas conforme lo preceptuado en el Decreto Nº 10.204 de la Provincia de Santa Fe y/o la norma que la ley 12.071. En todos los casos deberá hacerse entrega o acompañarse copia certificada de la resolución administrativa que se notifica y deberán transcribirse los artículos 60º, 61º y 62º de la Ley y de éste Decreto Reglamentario. La cédula podrá ser diligenciada por cualquier agente público previamente autorizado para ello. La Autoridad Administrativa podrá requerir a la autoridad policial más cercana al domicilio del notificado en diligenciamiento de la cédula cuando lo considere necesario. Las actuaciones administrativas se pondrán a disposición de los notificados y sus abogados en la sede de la Autoridad Administrativa sin que puedan ser retiradas. ARTICULO Nº 62: RECURSOS: El plazo de interposición de recurso de revocatoria será de diez (10) días hábiles contados a partir de la notificación de la adopción de la medida de protección excepcional y sus prorrogas, conforme lo preceptuado por el Decreto Nº 12.204 de la Provincia de Santa Fe. En el caso de recepción del recurso, se fijará la audiencia, la que no podrá exceder el plazo de doce (12) horas hábiles administrativas y quedará notificada en el mismo acto. Dicho plazo podrá duplicarse cuando el domicilio de los recurrentes no se encuentre en el lugar de la sede de la autoridad administrativa que dictó la resolución y podrá prorrogarse conforme a lo dispuesto en el Decreto Nº 12.204 de la Provincia de Santa Fe. La notificación de la resolución del recurso de revocatoria deberá practicarse conforme a lo preceptuado en el artículo anterior.- Por lo que queda Ud. debidamente notificado de la disposición por medio de la cual la Secretaría de Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la localidad de Rafaela cesa una Medida de Protección Excepcional, con copia de la disposición Nº 139/2024 que se adjunta de fecha 05 de diciembre de 2024.- Publíquese de manera gratuita en el Boletín Oficial, de diciembre de 2024.-

---

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE PROMOCIÓN Y  
PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ,  
ADOLESCENCIA Y FAMILIA, ROSARIO**

**NOTIFICACIÓN**

Rosario, 04 de Diciembre de 2024.-

SRA. LUDMILA MILAGROS LONGO - DNI 43.428.201

DOMICILIO: Pje 1220 Nro. 3991 DE ROSARIO- PCIA. DE SANTA FE

Por medio de presente me dirijo a Ud. a los efectos de hacerle saber que en las actuaciones administrativas "L. M. L- DNI 56.854.753 S/ RESOLUCION DEFINITIVA DE MEDIDA DE PROTECCIÓN EXCEPCIONAL", que tramitan por ante el Equipo Interdisciplinario perteneciente a la Dirección Provincial de Promoción y Protección de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, Rosario - Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano - con asiento en la Ciudad de Rosario; se ha dictado el acto administrativo cuya parte resolutive se transcribe seguidamente acompañándose copia certificada conforme lo dispuesto por el art.61 del Dto. reglamentario N°619/10: "Rosario, 04 de Diciembre de 2024, DISPOSICIÓN N.º 281/24 VISTO... CONSIDERANDO.... DISPONE: A.-DICTAR, la Resolución Definitiva de Medida de Protección Excepcional de Derechos sugerida con relación a L. M. L., DNI 56.854.753, FN 07/05/2018, hija de la Sra. Ludmila Milagros Longo, DNI 43.428.201, con domicilio en Pje 1220 Nro. 3991 de Rosario, sin filiación paterna acreditada. B.- SUGERIR al Juzgado de Familia competente en la Resolución del control de legalidad de la presente Medida en relación a L. M. L. DNI 56.854.753, que acceda a una tutela en favor de la Sra. Estela Beatriz Longo, DNI 42.609.430. Todo ello de conformidad a lo dispuesto por la ley 12.967 y su respectivo decreto reglamentario; en base a las actuaciones administrativas, informes técnicos, evaluaciones profesionales realizadas y atento la competencia limitada que posee este Organismo de aplicación administrativa en la materia, por Imperativo Legal de orden público, estatuido por la CN; Ley N° 26.061, Ley N° 12.967 y su respectivo decreto reglamentario; Código Civil; CPCyC. Santa Fe, LOPJ y leyes complementarias. C.- SUGERIR la privación de la responsabilidad parental de la Sra. Ludmila Milagros Longo, DNI 43.428.201 de acuerdo a lo establecido en el artículo 700 y ss. del Código Civil y Comercial. D.- DISPONER notificar dicha medida a la progenitora. E.- DISPONER notificar y solicitar el control de legalidad al Juzgado de Familia, una vez agotado el procedimiento recursivo previsto en el artículo 62 de la Ley 12.967.F.- OTORGUESE el trámite correspondiente, regístrese, comuníquese y notifíquese a las partes interesadas y al órgano jurisdiccional correspondiente y oportunamente ARCHÍVESE. Fdo. Ab. Rodrigo Lioi, Titular de la Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, Rosario- Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano.- SE LE HACE SABER QUE TIENE DERECHO A SER ASISTIDO POR ABOGADO/A DE LA LISTA DE DEFENSORES OFICIALES DEL PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, SITO EN CALLE BALCARCE 1651 DE LA CIUDAD DE ROSARIO, Y/O PROFESIONAL DE SU CONFIANZA. Se transcriben a continuación los arts. pertinentes de la ley N° 12.967. ART 60: RESOLUCIÓN. La autoridad

administrativa del ámbito regional y la autoridad de aplicación provincial son los únicos funcionarios con competencia para dirigir el procedimiento y para declarar y disponer por resolución administrativa debidamente fundada, alguna Medida de Protección Excepcional.- ART 61: NOTIFICACIÓN. La resolución administrativa por la que se adopta una Medida de Protección Excepcional debe notificarse debidamente a los representantes legales, familiares o responsables de la niña, niño o adolescente.-ART 62: RECURSOS. Contra la resolución de la autoridad administrativa del ámbito regional o la autoridad de aplicación provincial que decide la aplicación de una Medida de Protección Excepcional, puede deducirse recurso de revocatoria en audiencia oral y actuada producida dentro del plazo de 12 horas de interpuesto el recurso.- Este no tiene efecto suspensivo de la medida recurrida.- Finalizada la sustanciación del recurso, éste debe ser resuelto en un plazo de (3) tres horas, sin apelación administrativa y con notificación a las partes.- Las Medidas de Protección Excepcional son de aplicación restrictiva.- Dto 619/10: ART 60: RESOLUCIÓN. Por resolución administrativa debe entenderse el acto administrativo emanado de la autoridad que el artículo que se reglamenta declara competente, el cual debe cumplir los requisitos formales de un acto administrativo. Las prórrogas de las medidas excepcionales deberán dictarse con idéntico procedimiento y formalidades que la adopción de las medidas. ART 61: NOTIFICACIÓN. La notificación de la resolución por la que se adopta una medida de protección excepcional y sus prórrogas serán practicadas conforme a lo preceptuado en el Decreto N°10204 de la Provincia de Santa Fe y/o la norma que la reemplazara y lo preceptuado por la Ley 12.071. En todos los casos deberá hacerse entrega o acompañarse copia certificada de la resolución administrativa que se notifica y deberán transcribirse los artículos 60,61 y 62 de la Ley y de este decreto reglamentario. La cédula podrá ser diligenciada por cualquier agente público previamente autorizado para ello. La Autoridad Administrativa podrá requerir a la autoridad policial más cercana al domicilio del notificado el diligenciamiento de la cédula cuando lo considere necesario. Las actuaciones administrativas se pondrán a disposición de los notificados y sus abogados en la sede de la autoridad administrativa sin que puedan ser retiradas. ART 62: RECURSOS. El plazo de interposición del recurso de revocatoria será de (10) diez días hábiles contados a partir de la notificación de la adopción de la medida de protección excepcional y sus prórrogas, conforme a lo preceptuado en el Decreto N°10204 de la Provincia de Santa Fe.

S/C 44841 Dic. 11 Dic. 13

---

EDICTO NOTIFICATORIO MEDIDA DE  
PROTECCIÓN EXCEPCIONAL DE URGENCIA

Por Orden Administrativa N° 113/24 de fecha 05 de Diciembre de 2024, el Director Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia Rosario, Provincia de Santa Fe, dentro del legajo administrativo referenciado administrativamente como "M.A.T YE.J.T s/ Medida de Protección Excepcional de Derechos" que tramitan por ante el equipo interdisciplinario perteneciente a la Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia Rosario, sírvase notificar por este medio al Sr. Jesus Trico, DNI desconocido, con domicilio desconocido , que se ha dictado el acto administrativo cuya parte resolutive se transcribe seguidamente: Atento al pedido de Adopción de Medida de Protección Excepcional de Derechos del equipo interviniente respecto a la situación de los adolescentes MXXXX AXXXX TXXXX DNI XX.XXX.XXX, FN xx/xx/xxxx y EXXXX JXXXXX TXXXXX, hijos de la Sra. Pamela Romina Palacios, DNI 31.8881.067 con domicilio en calle Melian 6331 de Rosario y del Sr. Trico Jesus, DNI desconocido, con domicilio desconocido; y dado que se encuentra verosímilmente acreditada la situación de vulneración de derechos, existiendo grave riesgo para la vida e integridad psicofísica de los

adolescentes, se dispone adoptar Medida Excepcional de Urgencia; por los motivos esgrimidos a continuación y que surgen de los diversos informes obrantes en el legajo administrativo respectivo: Que atento a lo informado por los operadores territoriales y la escucha de los adolescentes, los mismos se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad psicofísica, motivo por el cual se decide adoptar la presente Medida de Protección Excepcional de Urgencia. A continuación se transcribe Art. 58 Bis de la Ley Provincial N° 12.967 y su decreto reglamentario: "...Los trámites administrativos que demande la adopción de la medida de protección excepcional no obstan la aplicación urgente e inmediata de la medida, cuando el servicio evalúe que la no aplicación urgente e inmediata de la medida implique un grave riesgo para la vida e integridad psicofísica de la niña, niño o adolescente... En caso de ser necesario se requerirá a la autoridad judicial correspondiente el empleo de la fuerza pública para efectivizar la medida acompañando la orden respectiva". En consecuencia, se ordena la efectivización de la medida mediante la separación temporal de los adolescentes de su centro de vida y el alojamiento de los mismos en Centro Residencial perteneciente al Sistema de Protección Integral de Derechos, art. 52 inc. b) de la Ley 12.967. Concédase un plazo de cinco (5) días hábiles para reunir todos los medios de prueba e informes necesarios que fundamenten el pedido. Elabórese informe del Equipo Interdisciplinario, dictamen del Área Legal. Notifíquese a los representantes legales o responsables. Fdo. DR. RODRIGO LIOI, Director Provincial de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia.--SE LE HACE SABER QUE TIENE DERECHO A SER ASISTIDO POR ABOGADO/A DE LA LISTA DE DEFENSORES OFICIALES DEL PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, SITO EN CALLE BALCARCE 1651 DE LA CIUDAD DE ROSARIO, Y/O PROFESIONAL DE SU CONFIANZA. ASIMISMO, SE LE HACE SABER QUE PODRÁ CONCURRIR CON LOS PROFESIONALES MENCIONADOS A LA PRIMER ENTREVISTA ANTE ESTE ORGANISMO ADMINISTRATIVO. ART. 60.- RESOLUCIÓN. La Autoridad administrativa del ámbito regional y la Autoridad de Aplicación provincial son los únicos funcionarios con competencia para dirigir el procedimiento y para declarar y disponer por resolución administrativa debidamente fundada alguna medida de protección excepcional. Las medidas de protección excepcional son de aplicación restrictiva. ART. 61.- NOTIFICACIÓN. La resolución administrativa por la que se adopta una medida de protección excepcional debe notificarse debidamente a los representantes legales, familiares o responsables de la niña, niño o adolescente. ART. 62.- RECURSOS. Contra la resolución de la Autoridad administrativa del ámbito regional o la Autoridad de Aplicación provincial que decide la aplicación de una medida de protección excepcional puede deducirse recurso de revocatoria en audiencia oral y actuada producida dentro del plazo de doce (12) horas de interpuesto el recurso. Este no tiene efecto suspensivo de la medida recurrida. Finalizada la sustanciación del recurso éste debe ser resuelto en un plazo de tres (3) horas, sin apelación administrativa y con notificación a las partes. ART. 60: RESOLUCIÓN. Por resolución administrativa debe entenderse el acto administrativo emanado de la autoridad que el artículo que se reglamenta declara competente, el cual debe cumplir los requisitos formales de un acto administrativo. Las prórrogas de las medidas excepcionales deberán dictarse con idéntico procedimiento y formalidades que la adopción de las medidas. ART 61: NOTIFICACIÓN. La notificación de la resolución por la que se adopta una medida de protección excepcional y sus prórrogas serán practicadas conforme a lo preceptuado en el Decreto N° 10.204 de la Provincia de Santa Fe y/o la norma que la reemplazara y lo preceptuado por la Ley 12.071. En todos los casos deberá hacerse entrega o acompañarse copia certificada de la resolución administrativa que se notifica y deberán transcribirse los artículos 60, 61 y 62 de la Ley y de este decreto reglamentario. La cédula podrá ser diligenciada por cualquier agente público previamente autorizado para ello. La Autoridad Administrativa podrá requerir a la autoridad policial más cercana al domicilio del notificado el diligenciamiento de la cédula cuando lo considere necesario. Las actuaciones administrativas se pondrán a disposición de los notificados y sus abogados en la sede de la Autoridad Administrativa sin que puedan ser retiradas. ART 62: RECURSO. El plazo de interposición del recurso de revocatoria será de (10) diez días hábiles contados a partir de la notificación de la adopción de la medida de protección excepcional y sus prórrogas, conforme a lo preceptuado en el Decreto N° 10.204 de la Provincia de Santa Fe. En el acto de recepción del recurso se fijará la audiencia, la que no podrá exceder el plazo de 12 horas hábiles administrativas y quedará notificada en el mismo acto. Dicho plazo podrá duplicarse cuando el domicilio de los recurrentes no se encuentre en el lugar de la

sede de la autoridad administrativa que dictó la resolución y podrá prorrogarse conforme a lo dispuesto en el Decreto Nº 10.204 de la Provincia de Santa Fe. La notificación de la resolución del recurso de revocatoria deberá practicarse conforme a lo preceptuado en el artículo anterior.-

S/C 44842 Dic. 11 Dic. 13

---

## EDICTO NOTIFICATORIO

Por Disposición Administrativa Nº 279/24 de Fecha 03 de Diciembre de 2024, el Director Provincial de Promoción y Protección de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de Rosario, Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano, Provincia de Santa Fe, dentro del Legajo Administrativo N.º 17.222 y N.º 8922 referenciados administrativamente como " LAUREANO MAURICIO GARCIA - DNI N.º 49.791.387 - CRISTIAN GABRIEL GARCIA - DNI N.º 51.099.066 - s/ Medida de Protección Excepcional de Derechos", que tramitan por ante el equipo interdisciplinario perteneciente a la Dirección Provincial de Promoción y Protección de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de Rosario, Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano, sírvase notificar por este medio al SR. HERNÁN EDUARDO GARCÍA - DNI N.º 27.557.269 - y a la SRA. SUSANA RAQUEL MACHARETTE - DNI N.º 20.239.516 - AMBOS SIN ULTIMO DOMICILIO CONOCIDO - que se ha dictado el acto administrativo cuya parte resolutive se transcribe seguidamente: "Rosario, 03 de Diciembre de 2024, DISPOSICIÓN Nº 279/24 VISTO... CONSIDERANDO.... DISPONE: 1.- DICTAR el acto administrativo de Medida de Protección Excepcional de Derechos en relación a los niños LAUREANO MAURICIO GARCIA - DNI N.º 49.791.387 - Nacido en Fecha 27 de Octubre de 2009 y CRISTIAN GABRIEL GARCIA - DNI N.º 51.099.066 - Nacido en Fecha 11 de Julio de 2011, hijos del Sr. Hernán Eduardo García - DNI N.º 27.557.269 - y de la Sra. Susana Raquel Macharette - DNI N.º 20.239.516 - ambos con domicilios desconocidos.- 2.- NOTIFICAR dicha Medida Excepcional a los progenitores y/o representantes legales y/o guardadores de los niños.- 3.- DISPONER la notificación la adopción de lo resuelto y solicitar el Control de Legalidad al Juzgado de Familia interviniente, una vez agotado el procedimiento recursivo previsto en el art 62 de la Ley nº 12.967.- 4.- OTORGUESE el trámite correspondiente, regístrese, notifíquese a las partes interesadas y al órgano jurisdiccional competente y oportunamente ARCHÍVESE.- Fdo. Dr. Rodrigo Lioi Titular de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia - Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano.- Rosario.- Se le hace saber que tiene derecho a ser asistido por abogado/a de la lista de defensores oficiales del poder judicial de la provincia de Santa Fe y/o profesional de su confianza. Asimismo, se le hace saber que podrá concurrir con los profesionales mencionados a las entrevistas ante este organismo administrativo.- Se transcriben a continuación los arts. pertinentes de la ley Nº 12.967 y Dec 619/10: Ley Nº 12.967 ART. 60.- RESOLUCIÓN. La Autoridad administrativa del ámbito regional y la Autoridad de Aplicación provincial son los únicos funcionarios con competencia para dirigir el procedimiento y para declarar y disponer por resolución administrativa debidamente fundada alguna medida de protección excepcional. Las medidas de protección excepcional son de aplicación restrictiva. ART. 61.- NOTIFICACIÓN. La resolución administrativa por la que se adopta una medida de protección excepcional debe notificarse debidamente a los representantes legales, familiares o responsables de la niña, niño o adolescente. ART. 62.- RECURSOS. Contra la resolución de la Autoridad administrativa del ámbito regional o la Autoridad de Aplicación provincial que decide la aplicación de una medida de protección excepcional puede deducirse recurso de revocatoria en audiencia oral y actuada producida dentro del plazo de doce (12) horas de interpuesto el recurso. Este no tiene efecto suspensivo de la medida recurrida. Finalizada la sustanciación del recurso éste debe ser resuelto en un plazo de tres (3) horas, sin apelación administrativa y con notificación a las partes. Dto 619/10: ART. 60: RESOLUCIÓN. Por resolución administrativa debe entenderse el acto

administrativo emanado de la autoridad que el artículo que se reglamenta declara competente, el cual debe cumplir los requisitos formales de un acto administrativo. Las prórrogas de las medidas excepcionales deberán dictarse con idéntico procedimiento y formalidades que la adopción de las medidas. ART 61: NOTIFICACIÓN. La notificación de la resolución por la que se adopta una medida de protección excepcional y sus prórrogas serán practicadas conforme a lo preceptuado en el Decreto Nº 10.204 de la Provincia de Santa Fe y/o la norma que la reemplazara y lo preceptuado por la Ley 12.071. En todos los casos deberá hacerse entrega o acompañarse copia certificada de la resolución administrativa que se notifica y deberán transcribirse los artículos 60, 61 y 62 de la Ley y de este decreto reglamentario. La cédula podrá ser diligenciada por cualquier agente público previamente autorizado para ello. La Autoridad Administrativa podrá requerir a la autoridad policial más cercana al domicilio del notificado el diligenciamiento de la cédula cuando lo considere necesario. Las actuaciones administrativas se pondrán a disposición de los notificados y sus abogados en la sede de la Autoridad Administrativa sin que puedan ser retiradas.-ART 62: RECURSO. El plazo de interposición del recurso de revocatoria será de (10) diez días hábiles contados a partir de la notificación de la adopción de la medida de protección excepcional y sus prórrogas, conforme a lo preceptuado en el Decreto Nº 10.204 de la Provincia de Santa Fe. En el acto de recepción del recurso se fijará la audiencia, la que no podrá exceder el plazo de 12 horas hábiles administrativas y quedará notificada en el mismo acto. Dicho plazo podrá duplicarse cuando el domicilio de los recurrentes no se encuentre en el lugar de la sede de la autoridad administrativa que dictó la resolución y podrá prorrogarse conforme a lo dispuesto en el Decreto Nº 10.204 de la Provincia de Santa Fe. La notificación de la resolución del recurso de revocatoria deberá practicarse conforme a lo preceptuado en el artículo anterior.-

S/C 44845 Dic. 11 Dic. 13

---

**DELEGACIÓN REGIONAL DE LA SECRETARÍA DE LOS  
DERECHOS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE  
DELEGACIÓN VERA**

**NOTIFICACION**

NOTIFICACION AL SR. MOLINA RAUL, DNI Nº 21.798.574

Natalia Schiavetti, Delegada Regional a cargo de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe, Delegación Vera; por el presente, se notifica y hace saber a Ud. que en el expediente administrativo caratulado "SECRETARIA DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA VERA / MEDIDA DE PROTECCION EXCEPCIONAL DE DERECHOS - MOLINA HERRERA, ALBERTO ADRIAN" Expte. Nº 1503-0009903-2, que se tramita por ante Equipo Interdisciplinario de la ciudad de Vera, dependiente de esta delegación. Se ha dispuesto lo siguiente: "DISPOSICION ME-VE Nº 020/2024 - Vera, 13 de noviembre de 2024 - VISTOS: (...) CONSIDERANDO: ( ... ) DISPONE: ARTICULO 1º: Se adopte la Resolución Definitiva de la Medida de Protección Excepcional de Derechos

oportunamente dispuesta mediante ME-VE N° 020/2024 de fecha 13 de noviembre de 2024, conforme a las normativas legales establecidas en la Ley Provincial N° 12.967 y su correlato en la Ley Nacional N° 26.061, que tiene por sujeto de protección al pre-adolescente MOLINA ALBERTO ADRIAN, DNI N° 51.191.619, argentino, nacido el 15 de julio de 2011, de 13 años, hijo de HERRERA DELIA GRISELDA, D.N.I. N°: 33.071.121, domiciliada actualmente en calle Sambarino S/N y MOLINA RAUL, DNI N°: 21.798.574, domicilio desconocido por esta secretaria. ARTICULO 2°: Que la resolución Definitiva de la Medida de Protección Excepcional tiene por objeto regularizar la situación del pre-adolescente, y consiste en proponer al órgano jurisdiccional, declaración del ESTADO DE ADOPTABILIDAD del pre-adolescente; ARTICULO 3°: La contención y el abordaje de la problemática social continuará siendo ejercida por el Equipo Técnico Interdisciplinario, dependiente de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de Vera, de manera articulada y coordinada con los diferentes equipos de profesionales intervinientes del primer nivel, hasta tanto se resuelva la situación del pre-adolescente; y quienes efectuarán el procedimiento destinado a la notificación de la adopción de la Resolución Definitiva de la Medida de Protección Excepcional de Derechos a las partes interesadas dándole intervención al órgano jurisdiccional competente; ARTICULO 4°: Otórguese el trámite correspondiente, regístrese, notifíquese a las partes interesadas y al órgano jurisdiccional y oportunamente archívese; ARTÍCULO 5°: Notificar la Resolución Definitiva de la Medida de Protección Excepcional y solicitar el Control de Legalidad de la misma al Juzgado competente una vez agotado el procedimiento recursivo previsto en el artículo 62 de la Ley 12967 y su decreto reglamentario n° 619/2010.- FDO.: Natalia Schiavetti, Delegada Regional de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe, Delegación Vera”.

\$ 1 532769 Dic. 11 Dic. 13

---

#### NOTIFICACION

#### NOTIFICACION AL SR. EMANUELE JOSE ANTONIO – DNI N° 26.424.789

Natalia Schiavetti, Delegada Regional a cargo de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, Delegación Vera, Provincia de Santa Fe, por el presente se notifica y hace saber a Ud. que en el Expediente Administrativo N°01503-0010374-8 caratulado “SECRETARIA DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA S/MEDIDA DE PROTECCIÓN EXCEPCIONAL DE DERECHOS RESPECTO DE LA ADOLESCENTE EMANUELE ANGELINA MALTENA” que se tramitan por ante el Equipo Interdisciplinario de la Ciudad de Vera, dependiente de esta Delegación, se ha dispuesto lo siguiente: “VERA, 26 de noviembre de 2024: VISTO: (...) CONSIDERANDO: (...) DISPONE: ARTÍCULO 12: ADOPTAR una Medida de Protección Excepcional de Derechos, conforme a la normativa legal establecida en la Ley Provincial N° 12.967 y su correlato en la Ley Nacional N° 26.061, respecto de la adolescente EMANUELE, ANGELINA MAITENA, DNI N° 49.574.759, nacida en fecha 03/05/2009, 15 años de edad; hija de la Sra. Figueroa, Vanina Marisel, D.N.I N° 34.526.390, F/N: 26-09-1989; con domicilio en la Zona Urbana S/N Golondrina - Dpto. Vera de la Provincia de Santa Fe. Y del Sr. Emanuele, José Antonio, DNI N° 26.424.789, (único dato); ARTÍCULO 2º: Adoptar la Medida de Protección Excepcional por el plazo de noventa (90) días, quedando mientras dure la medida la adolescente EMANUELE, ANGELINA MAITENA, bajo el cuidado y contención de familia ampliada, en virtud de lo dispuesto por el art. 52 inc. a) de la Ley 12.967; ARTÍCULO 3º: Notificar la Medida de protección Excepcional de Derechos a la Sra. Figueroa Vanina Maricel y el Sr. Emanuele José Antonio, progenitores de la adolescente; ARTÍCULO 4º: Aprobar el Plan de Acción trazado a los fines de hacer cesar la vulneración y amenaza de los derechos de la adolescente, facultándose a este

equipo interdisciplinario a modificarlo cuando varíen las condiciones de hecho que dieron origen a esta medida, o cuando las circunstancias y el interés superior de aquellos así lo requiera, en cuyo caso estas modificaciones serán comunicadas a los representantes legales y responsables y al Juzgado interviniente en el control de legalidad de la presente medida; ARTÍCULO 5: Notificar la adopción de la Medida de Protección Excepcional y solicitar el control de legalidad de la misma al Juzgado de Primera Instancia de Familia de la ciudad de Vera, Provincia de Santa Fe, una vez agotado el procedimiento recursivo previsto en el artículo 62 de la Ley 12967 y su decreto reglamentario nº 619/2010.- En consecuencia, queda Ud. debidamente notificada de la Resolución precedente. Notifíquese - Fdo.: Natalia Schiavetti (Delegada Regional)".

S/C 532770 Dic. 11 Dic. 13

---

#### NOTIFICACION

NOTIFICACION AL SR. JOSE ANTONIO EMANUEL - DNI 26.424.789

Por el presente, se hace saber al Sr. JOSE ANTONIO EMANUELE, DNI N° 26.424.789, que en el expediente administrativo caratulado "Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe s/Medidas de Protección Excepcional de Derechos Urgente, Art. 58 BIS de la Ley 12967- EMANUELE ANGELINA MAITENA" que tramita por ante el Equipo de admisión de la ciudad de Vera, la suscripta, en su carácter de Delegada Regional de la Secretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe, Delegación Vera, ha dispuesto lo siguiente: " Vera, 14 de noviembre de 2024 (..) RESUELVO: Aprobar la modificación al Informe Técnico Interdisciplinario respecto de la Medida Excepcional de Derechos en relación a la adolescente EMANUELE ANGELINA MAITENA, DNI N° 49.574.759, f/n 03/05/2009, hija de la Sra. Figueroa Yanina Maricel, DNI N° 34.526.340, ambas domicilias en Zona Urbana de la Localidad de Golondrina, Santa Fe y del Sr. José Antonio Emanuele, DNI N° 26.424.789, con domicilio actual desconocido, disponiendo en la fecha el CAMBIO DE CENTRO DE VIDA Y RESPONSABLE, quedando encuadrada la situación bajo el cuidado y resguardo de familia ampliada, conforme al art. 52 inc. a) de la Ley 12967 (Dec. Reg. 619/10) y en resguardo de los derechos y a fin de asegurar a la adolescente la máxima satisfacción, integral y simultanea de los derechos y garantías, así como de su pleno y efectivo ejercicio (art. 3 y 10 de la Ley 12.967 y sus correlatos en la Ley Nacional N° 26.061 y el T. I. de orden constitucional de la Convención de los Derechos del Niño). Se llevará adelante acompañamiento desde el Equipo Interdisciplinario de esta Secretaría, Delegación Vera, provincia de Santa Fe.

S/C 532778 Dic. 11 Dic. 13

---

**CAJA DE ASISTENCIA SOCIAL**

**LOTERIA DE SANTA FE**

RESOLUCIÓN DE VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA N° 654

Santa Fe, 05 DIC 2024

VISTO:

Las actuaciones obrantes en el expediente N° 00302-0230208-8 del sistema de Información de Expedientes; y

CONSIDERANDO:

Que por las mismas la Dirección General de Comercialización informa sobre la situación en que se encuentra la Agencia Oficial N° 9236/00, la cual no presenta apuestas sin que exista causa que lo justifique;

Que el artículo 54º del Reglamento de Permisarios, Decreto- N° 1179/11 dispone que se podrán revocar los permisos en los siguientes casos: inciso 10)- “la falta de continuidad en la comercialización de los juegos sin la debida justificación por un plazo mayor a los treinta días”;

Que la Dirección General de Comercialización entiende que, analizados los hechos y a la luz de la normativa reglamentaria citada, corresponde aplicar la sanción de revocación del permiso precario que oportunamente se le otorgara al Agente Oficial mencionado previamente;

Que se procedió a la inhabilitación y el retiro de la terminal captadora de apuestas otorgada en comodato y demás equipamiento provisto por B-Gaming S.A.;

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica ha tomado la intervención de su competencia, no teniendo objeción alguna que formular;

Que el presente acto administrativo se dicta en ejercicio de la facultad conferida por el artículo 2º, inciso 10, del Decreto N° 4057/69;

POR ELLO:

EL VICEPRESIDENTE EJECUTIVO

DE LA CAJA DE ASISTENCIA SOCIAL

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- REVOCAR el permiso precario oportunamente otorgado a CARLOS MARCELO TOLENTINO, DNI 21.776.478, CUIT N° 20-21776478-6, titular de la Agencia Oficial N° 9236/00 con domicilio comercial en calle 24 de Noviembre N° 51 de la localidad de Rosario, departamento Rosario de esta Provincia, por aplicación de lo dispuesto en el artículo 54, inciso 10 del Reglamento de Permisarios de la Caja de Asistencia Social - Lotería de Santa Fe, aprobado por Decreto N° 1179/11.

ARTÍCULO 2º.- Regístrese, comuníquese a las áreas a las que les compete el trámite de autos, a la empresa B-Gaming S.A. y cumplido archívese.

---

**MINISTERIO DE GOBIERNO e INNOVACIÓN PÚBLICA**

**RESOLUCIÓN N.º 0127**

SANTA FE, Cuna de la Constitución Nacional", 04 DIC. 2024

**VISTO:**

El Expediente N° 00101-0328449-4 del Registro del Sistema de Información de Expedientes - MINISTERIO DE GOBIERNO E INNOVACIÓN PÚBLICA-, en virtud del cual se tramita la incorporación de un formulario con formato PDF para la inscripción de defunciones ante el Registro Civil, que podrá utilizarse como alternativa al formulario en papel actualmente en uso;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante nota de fecha 11 de Julio de 2024 el Secretario de Gestión de Registros Provinciales propone la incorporación de un formulario con formato PDF para inscribir las defunciones ante el registro civil;

Que, dicha implementación permite completar los datos con medios informáticos, siendo suscripto de puño y letra por el médico interviniente conforme lo establece el art. 64 de la Ley N° 26.413;

Que, motiva ello la necesidad de avanzar hacia un formulario de fácil lectura que disminuya el riesgo de errores involuntarios por parte de los agentes que realizan las inscripciones respectivas;

Que, la presente gestión ha sido puesta a consideración de la Dirección General de Estadística dependiente del Ministerio de Salud y cuenta con la conformidad de la Sra. Ministra de Salud para su implementación;

Que, con referencia a la previsión contenida en el Decreto N.º 0043/23, el cual en su artículo 10, aprueba la estructura orgánico funcional correspondiente a los niveles de conducción política del Ministerio de Gobierno e Innovación Pública, estableciendo como objetivo de la Secretaría de Gestión de Registros Provinciales "( ... ) entender la organización, régimen y Dirección del Registro Civil e identificación de las personas", en coordinación con la previsión contenida en el Decreto N° 2611/07, que hace recaer en el tramo "Conducción Superior-Dirección General, las funciones de "( ... ) Dictar todas las Resoluciones o medidas vinculadas alas derechos y obligaciones del personal dependiente de la Dirección General y de la Justicia de Circuito y Comunal" (punto 1.3);

**POR ELLO:**

EL SECRETARIO DE GESTIÓN DE REGISTROS PROVINCIALES

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º: Aprobar la incorporación del Certificado de Defunción y de Informe Estadístico en formato PDF, el que podrá utilizarse como alternativa al formulario en papel actualmente en uso, conforme el modelo de Certificado obrante en el Anexo Único de la presente;

ARTÍCULO 20: Regístrese, comuníquese y archívese.



Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud  
Dirección General de Estadística  
Las Heras 3559 - Santa Fe

## Certificado de DEFUNCIÓN

### PARA EL REGISTRO CIVIL

|              |         |                   |       |
|--------------|---------|-------------------|-------|
| Departamento |         | Registro Civil de |       |
| Sección      | Acta N° | Tomo              | Folio |

Certifico que Don: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ L.E./L.C./D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

Domiciliado en calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

de: \_\_\_\_\_ Años de edad, nacido el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_

Casado con: \_\_\_\_\_ hij\_ de Don \_\_\_\_\_ y de Doña: \_\_\_\_\_

ha **fallecido** de: ☐ ENFERMEDAD ☐ MUERTE VIOLENTA ☐ ENFERMEDAD DE DENUNCIA INTER NACIONAL

el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas en \_\_\_\_\_

dejo constancia que todos los datos los obtuve por haberlo: ☐ ASISTIDO ☐ RECONOCIDO en \_\_\_\_\_

Fecha en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|                                   |                      |               |
|-----------------------------------|----------------------|---------------|
| Médico (Nombre y Apellido): _____ | Mat. Prof. N°: _____ | Firma y sello |
| Domicilio _____                   | N°: _____            |               |
| Localidad _____                   |                      |               |

DATOS APORTADOS POR: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Estampilla

FIRMA: \_\_\_\_\_

Firma y sello





Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud  
Dirección General de Estadística  
Las Heras 3559 - Santa Fe

## SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

### Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos empadronados por el censo estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

#### PARA LA DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA

#### DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

#### 1 Fecha de inscripción:

2 Departamento o partido: \_\_\_\_\_ 3 Delegación o Registro Civil: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ 4 Tomo: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_ Acta: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Solo 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 ☐ NO (Si es NO, pasar a preg. N° 7) 6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? ☐ SI ☐ NO ☐

7 Causa de la defunción

1) 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.

- A. \_\_\_\_\_  
- B. Debido a lo como consecuencia de: \_\_\_\_\_  
- C. Debido a lo como consecuencia de: \_\_\_\_\_

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: \_\_\_\_\_

2) 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 ej.: caída de andamia, herido por arma de fuego, intoxicación por psicofármaco, etc.  
Si fue por 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 cumplidas: ☐ SI (1) ☐ NO (2) ☐ Se ignora (3) ☐ Continuar abajo  
¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? ¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? (Día/Mes/Año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### DATOS DEL FALLECIDO

10 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ 11 Fecha de Defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 12 DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

13 Edad al momento del fallecimiento (Escribir donde corresponda): \_\_\_\_\_  
- Si la edad es de un año cumplido o más, consignar solo los años (Años).  
- Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consignar sólo los meses y días \_\_\_\_/\_\_\_\_ (Meses/días).  
- Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos \_\_\_\_/\_\_\_\_ (Horas/Minutos).

14 Sexo: Masculino (1) ☐ Femenino (2) ☐ Indeterminado (3) ☐

15 Ocurrió en: ☐ Establecimiento de salud público ☐ Establecimiento privado, obra social, etc. \_\_\_\_\_ Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_  
☐ Vivienda (domicilio) particular ☐ Otro lugar (hogar de ancianos, vía pública, etc.) \_\_\_\_\_ Pasar a preg. 15

16 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km: \_\_\_\_\_ Localidad/Paraje: \_\_\_\_\_ Departamento o Partido: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ No usar

17 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km: \_\_\_\_\_ Localidad/Paraje: \_\_\_\_\_ Departamento o Partido: \_\_\_\_\_  
Provincia (o país para extranjeros): \_\_\_\_\_ No usar País: \_\_\_\_\_ No usar

18 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 (3) ☐

#### DATOS DEL FALLECIDO

19 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

|                                            |                           |                              |                              |                      |                               |                               |
|--------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nunca asistió (1) <input type="checkbox"/> | -S.E. No Reformado        | Incompleto                   | Completo                     | -S.E. Reformado      | Incompleto                    | Completo                      |
|                                            | Primario                  | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | Ciclos EGB (1° y 2°) | (11) <input type="checkbox"/> | (12) <input type="checkbox"/> |
|                                            | Secundario                | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | Ciclo EGB (3°)       | (13) <input type="checkbox"/> | (14) <input type="checkbox"/> |
|                                            | -Superior o Universitario | (6) <input type="checkbox"/> | (7) <input type="checkbox"/> | Polimodal            | (15) <input type="checkbox"/> | (16) <input type="checkbox"/> |

20 ¿Cuál era su situación laboral?

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

21 ¿Cuál era su ocupación habitual? \_\_\_\_\_ No usar

#### DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

22 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

|                                            |                           |                              |                              |                      |                               |                               |
|--------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nunca asistió (1) <input type="checkbox"/> | -S.E. No Reformado        | Incompleto                   | Completo                     | -S.E. Reformado      | Incompleto                    | Completo                      |
|                                            | Primario                  | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | Ciclos EGB (1° y 2°) | (11) <input type="checkbox"/> | (12) <input type="checkbox"/> |
|                                            | Secundario                | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | Ciclo EGB (3°)       | (13) <input type="checkbox"/> | (14) <input type="checkbox"/> |
|                                            | -Superior o Universitario | (6) <input type="checkbox"/> | (7) <input type="checkbox"/> | Polimodal            | (15) <input type="checkbox"/> | (16) <input type="checkbox"/> |

23 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos): \_\_\_\_\_ años 24 ¿La madre convive en pareja? ☐ SI (1) ☐ NO (2) ☐

Responder preg. 24, 25 y 26 con los datos de su conviviente exclusivamente (No sea casada o en unión de hecho) No (2) ☐ Pasar a preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

#### DATOS DEL CONVIVIENTE (Si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

|                                            |                           |                              |                              |                      |                               |                               |
|--------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nunca asistió (1) <input type="checkbox"/> | -S.E. No Reformado        | Incompleto                   | Completo                     | -S.E. Reformado      | Incompleto                    | Completo                      |
|                                            | Primario                  | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | Ciclos EGB (1° y 2°) | (11) <input type="checkbox"/> | (12) <input type="checkbox"/> |
|                                            | Secundario                | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | Ciclo EGB (3°)       | (13) <input type="checkbox"/> | (14) <input type="checkbox"/> |
|                                            | -Superior o Universitario | (6) <input type="checkbox"/> | (7) <input type="checkbox"/> | Polimodal            | (15) <input type="checkbox"/> | (16) <input type="checkbox"/> |

#### DATOS DEL CONVIVIENTE / MADRE (Tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

26 ¿Cuál era su situación laboral? - Trabajaba o estaba de licencia (1) ☐ - No trabajaba: Buscaba trabajo (2) ☐ No buscaba trabajo (3) ☐

27 ¿Cuál era su ocupación habitual? \_\_\_\_\_ No usar

#### DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

28 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? - Gramos: \_\_\_\_\_ 29 Nació de un embarazo... Simple (1) ☐ Pasó a sig. pregunta niños vivos y Múltiple (2) ☐ El que produjo defunciones fetales

30 ¿Cuántas semanas completas duró su gestación? - Semanas completas: \_\_\_\_\_

31 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación...? (Día / Mes / Año) 32 Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿cuántos embarazos tuvo la madre? \_\_\_\_\_ 33 Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo? \_\_\_\_\_ 34 ¿Y cuántas defunciones fetales? \_\_\_\_\_

PERSONA QUE LLENÓ EL INFORME: Médico (1) ☐ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula profesional N°: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Dro (2) ☐ Localidad: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_



Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud  
Dirección General de Estadística  
Las Heras 3558 - Santa Fe

DR. MATIAS FIGUEROA ESCAURIZA  
SECRETARIO DE GESTION DE  
REGISTROS PROVINCIALES  
MINISTERIO DE GOBIERNO E  
AYUDA AL DESARROLLO

## Certificado de DEFUNCIÓN

|              |         |                   |       |
|--------------|---------|-------------------|-------|
| Departamento |         | Registro Civil de |       |
| Sección      | Acta N° | Tomo              | Folio |

Certifico que Don: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ LE / L.C. / D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

Domiciliado en calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

de: \_\_\_\_\_ Años de edad, nacido el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_

Casado con: \_\_\_\_\_ hij\_ de Don \_\_\_\_\_ y de Doña: \_\_\_\_\_

ha fallecido de: ☐ ENFERMEDAD ☐ MUERTE VIOLENTA ☐ ENFERMEDAD DE DENUNCIA INTER NACIONAL

el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas en \_\_\_\_\_

dejo constancia que todos los datos los obtuve por haberlo: ☐ ASISTIDO ☐ RECONOCIDO en \_\_\_\_\_

Fechada en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|                                   |                      |               |
|-----------------------------------|----------------------|---------------|
| Médico (Nombre y Apellido): _____ | Mat. Prof. N°: _____ | Firma y sello |
| Domicilio _____                   | N°: _____            |               |
| Localidad _____                   |                      |               |

DATOS APORTADOS POR: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FIRMA:

Estampilla

Firma y sello





Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud  
Dirección General de Estadística  
Las Heras 3559 - Santa Fe

## SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

### Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

PARA LA DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA

DR. MATIAS FIGUEROA ESCARIZ

SECRETARIO DE GESTIÓN DE REGISTROS PROVINCIALES

MINISTERIO DE GOBIERNO E INNOVACIÓN PÚBLICA

#### DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Departamento o partido: \_\_\_\_\_ 2 Delegación: \_\_\_\_\_ 3 Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ 4 Tomo: \_\_\_\_\_ 5 Folio: \_\_\_\_\_ 6 Acta: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado solo por el médico certificador)

7 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? ☐ SI ☐ NO (Si es NO, pasar a preg. N° 7) 8 No atendió al médico que suscribe? ☐ SI ☐ NO ☐

9 Causa de la defunción  
1) 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.  
A. \_\_\_\_\_  
B. Debido a lo como consecuencia de: \_\_\_\_\_  
C. Debido a lo como consecuencia de: \_\_\_\_\_  
Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: \_\_\_\_\_

2) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No usar

10 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 ej.: caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicóptico, etc.  
Si fue por accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc. \_\_\_\_\_  
c. Lugar donde ocurrió el hecho: \_\_\_\_\_

11 Para todas las mujeres de 10 a 59 años cumplidos: ☐ SI (1) ☐ No (2) ☐ Se ignora (3) ¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? (Día/Mes/Año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Continuar abajo

#### DATOS DEL FALLECIDO

12 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ 13 Fecha de Defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 14 DNI: \_\_\_\_\_ 15 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

16 Edad al momento del fallecimiento (Escribir donde corresponda)  
consignar sólo los meses y días \_\_\_\_ (Meses/días) - Si la edad es de un año cumplido o más, consignar solo los años \_\_\_\_ (Años) - Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, - Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos \_\_\_\_ (Horas/Minutos)

17 Sexo: Masculino (1) ☐ Femenino (2) ☐ Indeterminado (3) ☐

18 Ocurrió en:  
☐ Establecimiento de salud público ☐ Establecimiento privado, obra social, etc. \_\_\_\_\_ Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_  
☐ Vivienda (domicilio) particular ☐ Otro lugar (hogar de ancianos, vía pública, etc.) \_\_\_\_\_ Pasar a preg. 15

19 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km: \_\_\_\_\_ Localidad/Paraje: \_\_\_\_\_ Departamento o Partido: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ No usar

20 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km: \_\_\_\_\_ Localidad/Paraje: \_\_\_\_\_ Departamento o Partido: \_\_\_\_\_  
Provincia o país para extranjeros: \_\_\_\_\_ No usar País: \_\_\_\_\_ No usar

21 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 (3) ☐

#### DATOS DEL FALLECIDO

22 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)  
Nunca asistió (1) ☐ -S.E. No Reformado Incompleto Completo  
Primario (2) (3) ☐ -S.E. Reformado Ciclos EGB (1° y 2°) Incompleto Completo  
Secundario (4) (5) ☐ Ciclo EGB (3°) (13) (14) ☐  
Superior o Universitario (6) (7) ☐ Polimodal (15) (16) ☐

23 ¿Cuál era su situación laboral?  
- Trabajaba o estaba de licencia (1) ☐  
- No trabajaba - Buscaba trabajo (2) ☐  
- No buscaba trabajo (3) ☐

24 ¿Cuál era su ocupación habitual? \_\_\_\_\_ No usar

#### DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)  
Nunca asistió (1) ☐ -S.E. No Reformado Incompleto Completo  
Primario (2) (3) ☐ -S.E. Reformado Ciclos EGB (1° y 2°) Incompleto Completo  
Secundario (4) (5) ☐ Ciclo EGB (3°) (13) (14) ☐  
Superior o Universitario (6) (7) ☐ Polimodal (15) (16) ☐

26 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos): \_\_\_\_ años 27 ¿La madre convive en pareja? ☐ SI (1) ☐ No (2) ☐  
Responder preg. 24, 25 y 26 con los datos del conviviente exclusivamente  
Pasar a preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

#### DATOS DEL CONVIVIENTE (Si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

28 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)  
Nunca asistió (1) ☐ -S.E. No Reformado Incompleto Completo  
Primario (2) (3) ☐ -S.E. Reformado Ciclos EGB (1° y 2°) Incompleto Completo  
Secundario (4) (5) ☐ Ciclo EGB (3°) (13) (14) ☐  
Superior o Universitario (6) (7) ☐ Polimodal (15) (16) ☐

#### DATOS DEL CONVIVIENTE/MADRE (Tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

29 ¿Cuál era su situación laboral? - Trabajaba o estaba de licencia (1) ☐ - No trabajaba - Buscaba trabajo (2) ☐ No buscaba trabajo (3) ☐

30 ¿Cuál era su ocupación habitual? \_\_\_\_\_ No usar

#### DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

31 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? - Gramos: \_\_\_\_\_ 32 Nació de un embarazo...  
- Simple (1) ☐ -> Pasar a sig. pregunta - Niños vivos y defunciones fetales  
- Múltiple (2) ☐ -> El que produjo \_\_\_\_\_

33 ¿Cuántas semanas completas duró su gestación? - Semanas completas: \_\_\_\_\_

34 ¿Cuál fue el peso al morir? - Gramos: \_\_\_\_\_ 35 Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿cuántos embarazos tuvo la madre? \_\_\_\_\_ 36 Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo? \_\_\_\_\_ ¿Y cuántas defunciones fetales? \_\_\_\_\_

37 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 38 ¿Cuántos días duró el embarazo de este niño? (Día/Mes/Año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME  
Médico (1) ☐ Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula profesional N°: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Otro (2) ☐ Localidad: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_



Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud  
Dirección General de Estadística  
Las Heras 3558 - Santa Fe

## Certificado de DEFUNCIÓN

### APAR EL REGISTRO CIVIL

|              |         |                   |       |
|--------------|---------|-------------------|-------|
| Departamento |         | Registro Civil de |       |
| Sección      | Acta N° | Tomo              | Folio |

Certifico que Don: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ L.E./L.C./D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

Domiciliado en calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

de: \_\_\_\_\_ Años de edad, nacido el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Profesión u ocupación: \_\_\_\_\_

Casado con: \_\_\_\_\_ hij\_ de Don \_\_\_\_\_ y de Doña: \_\_\_\_\_

ha fallecido de: ☐ ENFERMEDAD ☐ MUERTE VIOLENTA ☐ ENFERMEDAD DE DENUNCIA INTER NACIONAL

el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas en \_\_\_\_\_

dejo constancia que todos los datos los obtuve por haberlo: ☐ ASISTIDO ☐ RECONOCIDO en \_\_\_\_\_

Fecha en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_ Mat. Prof. N°: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Firma y sello

DATOS APORTADOS POR: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FIRMA:

Estampilla

Firma y sello





Provincia de Santa Fe  
Ministerio de Salud  
Dirección General de Estadística  
Las Heras 3559 - Santa Fe

## SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

### Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

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

BIEN PARA LA DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA

#### DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

|                                 |                                      |               |               |              |             |
|---------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 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 certificador)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si es ND, pasar a preg. N° 7)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7 Causa de la defunción<br>1) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.<br>Causas antecedentes, Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica.<br>- A. _____<br>- B. Debido a lo como consecuencia de: _____<br>- C. Debido a lo como consecuencia de: _____<br>Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: _____<br>2) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.<br>_____<br>No usar _____ |                                                                                               |
| 8 En caso de muerte violenta (únicamente)<br>a. Indicar si fue por: Accidente (1) <input type="checkbox"/> Suicidio (2) <input type="checkbox"/><br>Homicidio (3) <input type="checkbox"/> Se ignora (9) <input type="checkbox"/><br>b. ¿Cómo se produjo? Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ej.: caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc.<br>Si fue por accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc. _____<br>c. Lugar donde ocurrió el hecho: _____                                      |                                                                                               |
| 9 Para todas las mujeres de 10 a 59 años cumplidos: SI (1) <input type="checkbox"/> ¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? (Día/Mes/Año) ____/____/____<br>No (2) <input type="checkbox"/><br>¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Se ignora (3) <input type="checkbox"/> Continuar abajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                               |

#### DATOS DEL FALLECIDO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |               |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
| 10 Nombre y Apellido: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11 Fecha de Defunción ____/____/____ | 12 DNI: _____ | 13 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ |
| 14 Edad al momento del fallecimiento (Escribir donde corresponda)<br>consignar sólo los meses y días ____/____ (Meses/días). - Si la edad es de un año cumplido o más, consignar solo los años ____ (Años). - Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, - Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos ____ (Horas/Minutos).       |                                      |               |                                        |
| 15 Sexo: Masculino (1) <input type="checkbox"/> Femenino (2) <input type="checkbox"/> Indeterminado (3) <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                      |                                      |               |                                        |
| 16 Ocurrió en:<br><input type="checkbox"/> Establecimiento de salud público <input type="checkbox"/> Establecimiento privado, obra social, etc. _____ Nombre del establecimiento: _____<br><input type="checkbox"/> Vivienda (domicilio) particular <input type="checkbox"/> Otro (lugar hogár de ancianos, vía pública, etc.) _____ Pasar a preg. 15 |                                      |               |                                        |
| 17 Domicilio donde se produjo Calle y N° / Ruta y Km: _____ Localidad/Paraje: _____ Departamento o Partido: _____<br>Provincia: _____ No usar _____ No usar _____                                                                                                                                                                                     |                                      |               |                                        |
| 18 Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km: _____ Localidad/Paraje: _____ Departamento o Partido: _____<br>Provincia (o país para extranjeros): _____ No usar _____ País: _____ No usar _____                                                                                                                                                  |                                      |               |                                        |
| 19 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre) Obra social (1) <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o mutual (2) <input type="checkbox"/> Ambos (3) <input type="checkbox"/> Ninguno (3) <input type="checkbox"/>                                                              |                                      |               |                                        |

#### DATOS DEL FALLECIDO

|                                                                                                                                   |                          |                                         |                                       |                                                         |                                          |                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| 20 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla) |                          |                                         |                                       | 21 ¿Cuál era su situación laboral?                      |                                          |                                        |  |
| Nunca asistió (1) <input type="checkbox"/>                                                                                        | -S.E. No Reformado       | Incompleto (2) <input type="checkbox"/> | Completo (3) <input type="checkbox"/> | -S.E. Reformado                                         | Incompleto (11) <input type="checkbox"/> | Completo (12) <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                                                                                   | Primario                 | (4) <input type="checkbox"/>            | (5) <input type="checkbox"/>          | Ciclo EGB (1° y 2°)                                     | (13) <input type="checkbox"/>            | (14) <input type="checkbox"/>          |  |
|                                                                                                                                   | Secundario               | (6) <input type="checkbox"/>            | (7) <input type="checkbox"/>          | Ciclo EGB (3°)                                          | (15) <input type="checkbox"/>            | (16) <input type="checkbox"/>          |  |
|                                                                                                                                   | Superior o Universitario |                                         |                                       | Polimodal                                               |                                          |                                        |  |
| 22 ¿Cuál era su ocupación habitual? _____                                                                                         |                          |                                         |                                       | 23 ¿Cuál era su ocupación habitual? _____ No usar _____ |                                          |                                        |  |

#### DATOS DE LA MADRE 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) |                          |                                         |                                       | 25 ¿Cuál era su edad? (años cumplidos): ____ años                                                                                                         |                                          |                                        |  |
| Nunca asistió (1) <input type="checkbox"/>                                                                                        | -S.E. No Reformado       | Incompleto (2) <input type="checkbox"/> | Completo (3) <input type="checkbox"/> | -S.E. Reformado                                                                                                                                           | Incompleto (11) <input type="checkbox"/> | Completo (12) <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                                                                                   | Primario                 | (4) <input type="checkbox"/>            | (5) <input type="checkbox"/>          | Ciclo EGB (1° y 2°)                                                                                                                                       | (13) <input type="checkbox"/>            | (14) <input type="checkbox"/>          |  |
|                                                                                                                                   | Secundario               | (6) <input type="checkbox"/>            | (7) <input type="box"/>               | Ciclo EGB (3°)                                                                                                                                            | (15) <input type="checkbox"/>            | (16) <input type="checkbox"/>          |  |
|                                                                                                                                   | Superior o Universitario |                                         |                                       | Polimodal                                                                                                                                                 |                                          |                                        |  |
| 26 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos): ____ años                                                                                  |                          |                                         |                                       | 27 ¿La madre convive en pareja? SI (1) <input type="checkbox"/> No (2) <input type="checkbox"/>                                                           |                                          |                                        |  |
|                                                                                                                                   |                          |                                         |                                       | Responder preg. 24, 25 y 26 con los datos del conviviente exclusivamente<br>Pasar a preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente |                                          |                                        |  |

#### DATOS DEL CONVIVIENTE (Si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

|                                                                                                                                   |                          |                                         |                                       |                                                   |                                          |                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| 28 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla) |                          |                                         |                                       | 29 ¿Cuál era su edad? (años cumplidos): ____ años |                                          |                                        |  |
| Nunca asistió (1) <input type="checkbox"/>                                                                                        | -S.E. No Reformado       | Incompleto (2) <input type="checkbox"/> | Completo (3) <input type="checkbox"/> | -S.E. Reformado                                   | Incompleto (11) <input type="checkbox"/> | Completo (12) <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                                                                                   | Primario                 | (4) <input type="checkbox"/>            | (5) <input type="checkbox"/>          | Ciclo EGB (1° y 2°)                               | (13) <input type="checkbox"/>            | (14) <input type="checkbox"/>          |  |
|                                                                                                                                   | Secundario               | (6) <input type="checkbox"/>            | (7) <input type="checkbox"/>          | Ciclo EGB (3°)                                    | (15) <input type="checkbox"/>            | (16) <input type="checkbox"/>          |  |
|                                                                                                                                   | Superior o Universitario |                                         |                                       | Polimodal                                         |                                          |                                        |  |

#### DATOS DEL CONVIVIENTE/MADRE (Tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

|                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 30 ¿Cuál era su situación laboral? - Trabajaba o estaba de licencia (1) <input type="checkbox"/> - No trabajaba: Buscaba trabajo (2) <input type="checkbox"/> No buscaba trabajo (3) <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| 31 ¿Cuál era su ocupación habitual? _____ No usar _____                                                                                                                                                       |  |  |  |

#### DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

|                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| 32 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? - Gramos: _____                                                                  |  | 33 Nació de un embarazo: _____                                                                                                                                                                                                                                   |  | 34 ¿Cuántas semanas completas duró su gestación? - Semanas completas: _____ |  |
| 35 ¿Cuál fue su peso al morir? - Gramos: _____                                                                           |  | 36 ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____                                                                                                                                                                                                                      |  | 37 ¿Y cuántas defunciones fetales? _____                                    |  |
| 38 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? (Día / Mes / Año) ____/____/____ |  | 39 ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____                                                                                                                                                                                                                      |  | 40 ¿Y cuántas defunciones fetales? _____                                    |  |
| PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME                                                                                       |  | Médico (1) <input type="checkbox"/> Apellido y Nombre: _____ Matricula profesional N°: _____ Firma: _____<br>Otro (2) <input type="checkbox"/> Domicilio Profesional: Calle _____ N°: _____ Teléfono: _____<br>Localidad: _____ Localidad: _____ Teléfono: _____ |  | Setlo: _____                                                                |  |

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

S/C 44803 Dic. 11 Dic. 13