

0965

DN. ORD. RES: N° _____ /

ANT.: 1.-Oficio N° 13325 del Secretario General (S) de la Cámara de Diputados, de 22.10.2015
2.-Presentación del Honorable Diputado don Fidel Espinoza Sandoval, de 19.10.2015

MAT.: Antecedentes deceso de don Ernesto Gonzalo Venegas González.

SANTIAGO, 30 NOV 2015

En cumplimiento de lo solicitado en el Oficio de la referencia, mediante el cual se solicita a este Servicio que se remitan todos los antecedentes que obren en poder de éste último, respecto del deceso del abogado don Ernesto Gonzalo Venegas González, quien a la fecha de su fallecimiento se desempeñaba como jefe jurídico del Servicio de Registro Civil e Identificación de la Región de Los Ríos, informo a Ud. lo siguiente:

Consta en nuestros registros que con fecha 12 de mayo de 2015, este Servicio procedió a practicar la inscripción de la defunción de don Ernesto Gonzalo Venegas González, ocurrida con fecha 10 de mayo de 2015, la que rola bajo el N° 434, del año 2015, de la Circunscripción de Valdivia, En la especie, la defunción en referencia fue acreditada ante este Servicio, mediante certificado médico de defunción otorgado por el médico Enrique Rocco Rojas, RUN N°11.919.982-4, Servicio Médico Legal, constando en el rubro Causa de la Muerte: "Indeterminada en estudio".

Al respecto cabe señalar, que el certificado médico de defunción, que desde el año 1982 consta al reverso si bien forma parte del Registro de Defunción, no es extendido por este Organismo, y se somete en su otorgamiento a las normas contenidas en el Decreto N°460, de 1970, del Ministerio de Salud Pública Reglamento sobre Extensión de Certificado Médico de Defunción, el que debe ser presentado por el requirente para proceder a practicar la inscripción correspondiente en la circunscripción en que hubiere ocurrido el fallecimiento, - o por requerimiento escrito ante cualquier oficina del Servicio y que en el caso en comento fuera efectuado por don Telmo del Carmen Sepúlveda González, según consta en el rubro "DATOS DEL REQUIRENTE", de la partida de defunción N°434, del año 2015, de la Circunscripción Valdivia, ya citada.



**AL SEÑOR
LUIS ROJAS GALLARDO
SECRETARIO GENERAL (S)
DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS
SANTIAGO**

Lo anterior, acorde con lo dispuesto el artículo 45 de la Ley N°4.808, sobre Registro Civil que señala textualmente: “Al requerirse la inscripción de un fallecimiento, deberá presentarse un certificado expedido por el médico encargado de comprobar las defunciones o por el que haya asistido al difunto en su última enfermedad”, norma que corrobora el artículo 177 del Decreto con Fuerza de Ley N°2.128. de 1930, de Justicia, Reglamento Orgánico del Servicio de Registro Civil,

Se adjunta fotocopia oficial de la Partida de Defunción N°434, de 2015, Circunscripción Valdivia; fotocopia de la solicitud de inscripción de defunción del Fiscal Adjunto de la Fiscalía Local de Valdivia, y fotocopia de la Resolución Exenta N°1791 de 22 de abril de 2015, del Jefe del Departamento de Acción Sanitaria SEREMI Salud Región de Los Ríos, Autorización Mensual a Empresa Funeraria que Indica para el Traslado de Cadáveres.

Saluda atentamente a Ud.,



LUIS ACEVEDO QUINTANILLA
Director Nacional (TP)



LAQ/VRS/JAV

Distribución:

- Subdirección Jurídica
- CC. Archivo General
- Ref. SJ N° 4469-2015, Ref. DN° 1108-2015

B ORIGINAL

RUN

13.254.917-6

AÑO	REGIÓN	CIRCUNSCRIPCIÓN	INSCRIP. N°	REGISTRO	FECHA
2015	LOS RIOS	VALDIVIA	434		12-05-2015

DATOS DEL FALLECIDO

NOMBRES	ERNESTO GONZALO	FECHA NACTO.	03-02-1977
APELLIDOS	VENEGAS <small>APELLIDO PATERNO</small> GONZÁLEZ <small>APELLIDO MATERNO</small>	SEXO	MASCULINO

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

FECHA	10-05-2015	HORA	23:20
LUGAR DE LA DEFUNCIÓN	ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN CHACABUCO 795 DEPTO. 403 VALDIVIA		
LUGAR DE SEPULTACIÓN	CEMENTERIO CINERARIO TEMUCO LTDA		
CAUSAS DE LA MUERTE	INDETERMINADA EN ESTUDIO		

DATOS DEL REQUIRENTE

RUN	3.445.597-K	NOMBRE	TELMO DEL CARMEN SEPULVEDA GONZÁLEZ
-----	-------------	--------	-------------------------------------

DECLARACIONES DE TESTIGOS

RUN TESTIGO 1	NOMBRES Y APELLIDOS TESTIGO 1
RUN TESTIGO 2	NOMBRES Y APELLIDOS TESTIGO 2

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA EL TRASLADO PARA EL CEMENTERIO CINERARIO TEMUCO LTDA SEGÚN RESOLUCIÓN N°1791 DE FECHA 22-04-2015 DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD.
 INSCRIPCIÓN PRACTICADA POR ORDEN DE LA FISCALIA LOCAL DE VALDIVIA CAUSARUC:1500449023-9 OF 3495 DE FECHA 11-05-2015.
 SE OTORGA PASE DE SEPULTACIÓN N° 434 DE FECHA 12-05-2015 PARA EL CEMENTERIO CINERARIO TEMUCO LTDA.
 SE DEJA CONSTANCIA DE HABERSE ENTREGADO INSTRUCTIVO SOBRE EL TRÁMITE DE POSESIONES EFECTIVAS DE LA HERENCIA INTESTADA, ARTICULO 12 LEY N° 19.903.

OFICIAL
 (Libre de Impuesto)
 EXCLUSIVA PARA ENTIDADES PÚBLICAS
 NO PLAZA DE LITIGANTES REGULARES



Certificado que... Fotostática... en el registro...

Firma Testigo N° 1 Santiago	Firma Testigo N° 2 13 NOV 2015	Firma y Sello Oficial Civil
Firma Requirente	JEFE REGISTRO DOCUMENTOS SUB DEPARTAMENTO REGISTRO	Mirta Aguilera Díaz OFICIALE SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION REGION DE LOS RIOS



DW499W434W2015W

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

2204016

A. USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO ERNESTO GONZALO VENEZAS GONZÁLEZ						CÉDULA DE IDENTIDAD 13254917-6			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M M: MASCULINO <input type="checkbox"/> F F: FEMENINO <input type="checkbox"/> I INDETERMINADO	Día Mes Año 03 02 1977			EDAD Años Cumplidos 38		Sólo si es menor de un año Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Min. <input type="checkbox"/>			

TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)

1. Nombre: _____	C.I. _____	Firma: _____
2. Nombre: _____	C.I. _____	Firma: _____

2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN				SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL			
FECHA Día Mes Año			HORA Hora Minutos		Peso al nacer (grs)	Semanas gestación	Estado Nutritivo previo a la enfermedad
10 05 2015			23 20				<input type="checkbox"/> 1: Eutrófico <input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I <input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II <input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III <input type="checkbox"/> 9: Ignorado

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro	ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN CHACABUCO 795 Depto 403	COMUNA VALDIVIA
---	---	---------------------------

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.		DURACION ENFERMEDAD	USO M. SALUD
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)			
a) Indeterminado en estudio «Debida a» o «Como consecuencia de»			
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)			
b) _____ «Debida a» o «Como consecuencia de»			
c) _____			
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)			

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE		EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> 1	1: Autopsia 2: Biopsia 3: Operación 4: Exs. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos	LUGAR DE OCURRENCIA <input type="checkbox"/>	CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/>	TIPO <input type="checkbox"/>
		1: Casa 2: Vía Pública 3: Trabajo 4: Otro	1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Otra	1: Accidente 2: Suicidio 3: Homicidio 4: Otro

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD <input checked="" type="checkbox"/> 2	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro 4: Información de Matrona 5: Testigos 9: Ignorado	FECHA CERTIFICADO Día Mes Año 11 05 2015	 Firma Médico y Sello Establecimiento
Nombre Médico: ERNESTO ROCCO ROSA			
Rut: MRAP82-4			
Domicilio: PLANTE 2012			

B.- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA) CHACABUCO 795 DPTO. 403 VALDIVIA				USO INE	
INSTRUCCIÓN Último Curso <input checked="" type="checkbox"/> 7	Nivel <input checked="" type="checkbox"/> 1	OCUPACIÓN EMPLEADO PÚBLICO	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> 2	

5.- SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL

1.- MENOR DE UN AÑO
2.- DEFUNCIÓN FETAL

Nombre de la Madre _____

ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S Soltera <input type="checkbox"/> C Casada <input type="checkbox"/> V Viuda	HIJOS: Incluyendo presente inscripción Vivos Fallecidos Mortinatos Total	FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO <input type="checkbox"/> 1- Parto <input type="checkbox"/> 2- Aborto
---	---	---

EDAD Años cump.	INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel	OCUPACIÓN	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia

Nombre del Padre _____

EDAD Años cump.	INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel	OCUPACIÓN	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN

CODIGO N° 1702

IMPRESA SERCFI - Modificación Oct 2007



434/2015
Valdivia
12/5/2015

INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

R.U.C. N°: 1500449023-9/

VALDIVIA, a 11 de MAYO de 2015.-

**A : SRA.
JEFE SERVICIO REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN
PRESENTE**

**DE : TATIANA ESQUIVEL LOPEZ
FISCAL ADJUNTO TCMC FISCALÍA LOCAL DE VALDIVIA**

En investigación por MUERTE Y HALLAZGO DE CADAVER solicito a Ud. inscribir, previo el informe médico correspondiente, la defunción de don **ERNESTO GONZALO VENEGAS GONZALEZ**, Cédula de Identidad N° **13.254.917-6**, y hecho, remitir copia de la misma a esta Fiscalía.

Saluda atentamente a Ud.,

TATIANA ESQUIVEL LOPEZ
Fiscal Adjunto Fiscalía Local de VALDIVIA



TEL/hbz

ORDINARIO N°: 3495/ 2015



434/2015

Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría Regional Ministerial de Salud
Región de Los Ríos
Departamento Acción Sanitaria
VALDIVIA

**AUTORIZACION MENSUAL A EMPRESA
FUNERARIA QUE INDICA PARA
EL TRASLADO DE CADAVERES**

EXENTA Nº **1794**

VALDIVIA, 22 ABR 2015

VISTOS estos antecedentes: La solicitud presentada por **DON TELMO DEL CARMEN SEPÚLVEDA GONZÁLEZ** en representación de la Empresa **FUNERARIA NEUMANN** ambos con domicilio en **AVENIDA PICARTE Nº1151** Comuna de **VALDIVIA**. Autorizado según **Resolución Sanitaria Nº7801 del 09 de septiembre año 2013**, emitida por la Seremi de Salud Región de Los Ríos. Quién requiere Autorización Sanitaria para el traslado de cadáveres en las condiciones que se indicarán. **TENIENDO ADEMÁS PRESENTE**, lo dispuesto en los arts. 135 y 144 del Código Sanitario, el DFL Nº 1/2005, del Minsal, el DFL Nº 2128/1930, el D.S. Nº 357/1970, Reglamento General de Cementerios, modificado por D.S. Nº 4/2005, el D.S. Nº 136/2005, el Decreto Supremo. Nº69 del 2014, Decreto Supremo Nº 609 del 2014 del Ministerio de Salud, Resolución Exenta Nº 1684 del 16 de Abril año 2015, emanada de la Seremi Salud Región de los Ríos dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N .

1.- **AUTORIZASE** a la Empresa **FUNERARIA NEUMANN** para que efectúe traslado de cadáveres, dentro del territorio nacional, para su sepultación en un lugar distinto al del deceso, durante el período mensual comprendido entre el **21 DE ABRIL AL 21 DE MAYO AÑO 2015**

2.- **TENGASE PRESENTE** que los traslados efectuados en conformidad con la presente resolución, deberán realizarse en ataúdes impermeables, cerrados herméticamente por esta Autoridad Sanitaria, todo lo cual se hará constar en Acta; debiendo ser conducidos en algunos de los siguientes vehículos especialmente acondicionados para ello:

a) **VEHICULO: STATION WAGON PATENTE: CBRJ-43 AÑO: 2004 COLOR: PLATEADO PLATA**

3.- **ESTABLECESE** la obligación, para la **EMPRESA FUNERARIA NEUMANN** de llevar un Registro numerado y sucesivo en que consten los traslados efectuados, indicando su fecha, lugares de salida y destino, nombre completo y cédula de identidad de la persona fallecida, características del ataúd y vehículo que realiza el transporte. Copia de las anotaciones del período a que se refiere esta Resolución, se acompañará a la solicitud de una nueva autorización.

4.- **EXHIBASE** la presente autorización para traslado de cadáveres, al competente Oficial del Servicio de Registro Civil, para la emisión del correspondiente pase de sepultación.

5.- **CONTROLESE** el pago de Arancel por Prestaciones de Acciones en Salud Ambiental / Valor \$32.100.- Comprobante Nº 15S1402-3931.- del 21/04/2015.-. Por Funcionarios Autoridad Sanitaria.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,

**KEITH BERNARD HOOD LEWIS
JEFE DEPARTAMENTO DE ACCION SANITARIA
SEREMI SALUD REGION DE LOS RIOS**



Orden del Secretario Regional Ministerial, Región de los Ríos"

DR.GRA/KHL/emmm
DISTRIBUCION:
- Interesado
- Departamento de Acción Sanitaria Valdivia
- Oficina Partes
- Carpeta empresa.