Ministerio Público

CARPETA FISCAL

Identificación de la Causa

Circunsc.	Jurisdic.	Origen	Dependencia	Año	N° Entrada

Carátula de la Causa	N° de Testigos

Hecho Investigado	Fecha del Hecho	Unidad Fiscal Asignada

N°	Nombres y Apellidos de imputados

N°	Accionantes / Querellantes

Evidencias	Tipo

Juzgado Penal N°	Juez

Ministerio Público

República del Paraguay

LIBRO DE ENTRADA Y SALIDA
REGISTRO DE DENUNCIAS

Ministerio Público
República del Paraguay

LIBRO DE ENTRADA Y SALIDA
REGISTRO DE DENUNCIAS

N°

Funcionario	Fecha Recep.	N° Sec.	N° Docum.	N° Fojas	Denunciante o Referente	Hecho Denunciado	Lugar del Hecho	Fecha Hora	Evidencias	N° de Causa	Unid. Fisc.	Fiscal Interv.	Fecha Hora Envío	Unidad Envío

Ministerio Público

DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS

Solicitud de Provisión de Materiales e Insumos

Nº 05351

DEPENDENCIA: .....

FECHA: ..... / ..... / ..... **Nº DE PEDIDO SALIDA:** .....

Cant. Solicitada	Cant. Asignada	DESCRIPCIÓN

SOLICITADO POR: Encargado de Dependencia Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha:	**VERIFICADO POR** Jefe Dpto. de Suministros Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: .....
AUTORIZADO POR: Direc. Administrativa - Direc. C. Regionales Firma: ..... Aclaración:	**Recibí de Conformidad los materiales e insumos** Firma: ..... Aclaración: .....

MINISTERIO PÚBLICO
REPÚBLICA DEL PARAGUAY
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

PERMISO DE SALIDA

Nombre y Apellido del funcionario o Contratado del M.P._____

Cargo:_____

Dependencia:_____

Motivo de la salida dentro del Horario Laboral (Especificar):_____

_____

Desde las:_____Hasta las: _____Horas

Fecha: _____/_____/_____

Nombre y Apellido del Jefe Solicitante:_____

_____ _____

Firma y sello del jefe solicitante Firma del Solicitante

Nota: El empleado está obligado a presentarse ante el encargado de Recursos Humanos del Ministerio Público, antes y después de haber hecho uso de este permiso.--

Ministerio Público

DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS
Solicitud de Provisión de Tintas y Toners

Nº06501

DEPENDENCIA: .....

FECHA: ..... / ..... / ..... Nº DE PEDIDO SALIDA .....

Cantidad Solicitada	Cantidad Asignada	Descripción

SOLICITADO POR: Encargado de Dependencia Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha:	**RECIBIDO** Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: .....
AUTORIZADO POR: Direc. Administ. - Direc. C. Regionales Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha:	**VERIFICADO POR:** Jefe Dpto. Suministros Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: .....

GRAF. MONARCA S.R.L. - Tte. Farifa 813 c/ Tacuary - Tel./Fax: 496 772 - 449 133 - 100 Tal. 50 x 2 | 5.001 / 10.000 | Octubre 2014

Ministerio Público

N°.: 043267

FORMULARIO INTERNO DE SOLICITUD Y ENTREGA DE MATERIALES E INSUMOS

Fiscalía, Sede, Unidad Especializada: .....

Fecha: ____ / ____ / 20____

Dependencia: _____

CANTIDAD		DESCRIPCIÓN
SOLICITADA	PROVEÍDA	

NOTA: Si las cantidades entregadas son inferiores a las solicitadas, en caso de requerir la diferencia deberá formularse un nuevo pedido.

SOLICITADO POR: Responsable de Dependencia o de la Unidad Fiscal Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: ..... / ..... / 20.....	AUTORIZADO POR: Administrador/a o Encargado Administrativo. Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: ..... / ..... / 20.....
ENTREGADO POR: Administrador - Encargado Administrativo o Encargado de Deposito Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: ..... / ..... / 20.....	Recibí de conformidad los materiales e insumos. Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: ..... / ..... / 20.....

FRIGON S.A. - Jacques Balanza Nº 1716 e/ Amanecer y San Andrés - Hab. Nº 1578
RUC: 80025668-9 - Tel.: 922 054 - Lambaré - 800 Blocks. 50x2 - Del 15.001 al 55.000 - 05/2015

ORIGINAL: Administración
DUPLICADO: ARCH. de la Dependencia solicitante

Ministerio Público

Remisión al Sistema Penal

Identificación de la Causa	Circunsc.	Origen	Dependencia	Año Entrada	Nº Entrada

Caratula de la Causa	Nº Testigo

Hecho Investigado	Fecha de Hecho	Unidad Fiscal Asignada

Nº	Nombres y Apellidos de Imputados	Recluído

Nº	Accionantes / Querellantes

Evidencias	Tipo

GRAF. MONARCA S.R.L. - Tte. Fariña 813 c/ Tacuary - Tel./Fax: 495 772 - 449 103

Ministerio Público

DIRECCIÓN DE AUDITORIA GENERAL

INTERNO N°

Control Interno de Documentos

Item	REQUISITOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
1	Nota de Pedido de bienes y/o servicios/Nivel 200				
2	Autorización de la Nota de Pedido (V°B°)				
3	Preventivo presupuestario: imputación presupuestaria correcta				
4	Código de Contrataciones				
5	Constancia de no adeudar Impuestos (IVA y RENTA)				
6	Presupuesto de proveedores original				
7	Factura Crédito / Contado o recibo de dinero				
8	El presupuesto original concuerda con la factura				
9	Nota de remisión del proveedor firmada				
10	Nota de Recepción de Elementos firmada				
11	La fecha de la Nota de recepción de Elementos concuerda con la nota de remisión del proveedor				
12	Nombre del Beneficiario (Ministerio Público) en el presupuesto, en la factura y en la Nota de Remisión				
13	Monto en letras concuerda con el monto en números en la Orden y en la Factura				
14	La orden de trabajo y/o Servicio; o de compra está firmada				
15	La fecha de la factura sigue la secuencia con la Orden de trabajo y/o Servicio; o de compra				
16	Retención: 30% IVA 2% RENTA 0,4% SICP				
17	La planilla del alquiler / servicios básicos está firmada				
18	Informe Técnico de mantenimiento y/o servicio realizado				
19	Contratación directa (Montos hasta 2.000 Jornales mínimos): Excepción Art. 34 inc. c) 3 Ofertas o presupuestos Invitación por Escrito Art. 34 inc. a)				
20	Licitación por Concurso de Ofertas (Monto entre 2.000 y 10.000 Jornales mínimos) Invitación por Escrito Excepciones a la Licitación Art. 33				
21	Licitación Pública (Cuando la contratación supere el monto equivalente a 10.000 jornales mínimos) Publicación en Medio Excepciones a la Licitación Art. 33				
22	Resolución de Adjudicación / Autorización / Designación				
23	Certificación Patrimonial (Dpto. de Patrimonio)				
24	Acta de Apertura de Ofertas				
25	Acta de Evaluación y Recomendación / Adjudicación				
26	Contrato				

Observación .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rubro: ..... **FF:** ..... **Nivel:** .....

Proveedor: .....

Revisado en Fecha: ..... **Por:** .....

Se deja expresa constancia que las verificaciones de los legajos suministrados no forman parte de una auditoria especifica, encontrandose limitada únicamente a la revisión de los documentos presentados por la Dirección General de Administración y Finanzas, por lo que no representa autorización de pago alguno, reservandose esta Auditoria la potestad de realizar las

Ministerio Público	AUDITORIA GENERAL	INTERNO N°	
GRUPO 100	SERVICIOS PERSONALES	F.F.	NIVEL:
O.G.			
S.T.R. N°	FECHA	INTERNO N°	

IMPORTE SOLICITADO:
IMPORTE DEDUCIDO:
IMPORTE A TRANSFERIR:

Item	DOCUMENTOS REVISADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
1	Solicitud de Transferencias de Recursos (STR)				
2	Planilla de liquidación de Haberes				
3	Documento de Registro de Obligación				
4	Formulario Aporte a la Caja Fiscal de jub. y Pensiones				
5	Planilla de descuentos de Asociación de Funcionarios				
6	Recibo de Asociación de Funcionarios				
7	Planilla de Descuentos Judiciales				
8	Boletas de Depósitos Fiscales				
9	Resolución que autoriza descuento por multas				
10	Factura contado / Factura crédito y Recibo de Dinero				
11	Resolución de Contratación				*
12	Contrato				*
13	En caso de el o los sujetos intervinientes en el acto declaren no estar afectados a obligación tributaria alguna, deberán dejar constancia de tal situación bajo fe de juramento				*
14	Constancia de no adeudar impuestos (IVA y RENTA)				
15	Resolución que Autoriza el Pago				

Observación .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verificado en fecha: ..... **Por** .....

* Documentos a ser adjudicados para su posterior verificación - Archivo de Rendición de cuentas

"Se deja expresa constancia que las verificaciones de los legajos suministrado no forman parte de una auditoria especifica, encontrandose limitada únicamente a la revisión de los documentos presentados por la Dirección General de Administración y Finanzas - ***por lo que no representa autorización de pago alguno,*** reservándose esta Auditoria la potestad de realizar las verificaciones y controles posteriores, según Ley N° 1535/99 - Administración Financiera del Estado."

Ministerio Público	AUDITORIA GENERAL	INTERNO N°	
GRUPO 200	SERVICIOS NO PERSONALES	F.F.	NIVEL:
O.G.			
S.T.R. N°	FECHA	INTERNO N°	

IMPORTE SOLICITADO:
IMPORTE DEDUCIDO:
IMPORTE A TRANSFERIR:

Item	DOCUMENTOS REVISADOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Solicitud de Transferencias de Recursos (STR)			
2	Documento de Registro de Obligación			
3	Código de Contratación			
4	Presupuesto Originales / Cartas de Ofertas			
5	Orden de Trabajo y/o de Servicio			
6	Factura Crédito y/o recibo de dinero			
7	Informe Técnico de Mantenimiento y/o servicio			
8	Constancia de no adeudar impuestos (IVA y RENTA)			
9	Resolución que autoriza la contratación y/o pago			
10	Contrato			
11	Hoja de Control Interno de Auditoria regularizado			
	VIÁTICOS Y MOVILIDAD			
1	Solicitud de Transferencias de Recursos (STR)			
2	Documento de Registro de Obligación			
3	Nota de Pedido			
4	Autorización V° B° DGAF para pago			
5	Documentos que justifiquen invitación a cursos, seminarios, etc.			
6	Resolución de Comisionamiento y/o designación			
7	Resolución de Autorización FGE para viaje al Exterior			
8	Resolución de Autorización de Pago			
9	Solicitud de Viáticos y Movilidad			
10	Liquidación de Viáticos y Movilidad			
11	Informe de Comisión de Viaje			
12	Certificación de Dirección de Gestión del Talento Humano			
13	Formulario de Rendición de cuentas - Viáticos - Res CGR 418/05 y comprobantes de gastos realizados hasta un mínimo de 50% cuando el monto es mayor a 40 jornales mínimos.			*

Observación .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Verificado en fecha: ..... **Por** .....

* Documentos a ser adjuntados para su posterior verificación - Rendición de cuentas

Se deja expresa constancia que las verificaciones de los legajos suministrados no forman parte de una auditoria especifica, encontrandose limitada únicamente a la revisión de los documentos presentados por la Dirección General de Administración y Finanzas, por lo que no representa autorización de pago alguno, reservandose esta Auditoria la potestad de realizar las verificaciones y controles posteriores según Ley N° 1535/99

Ministerio Público

República del Paraguay

Secretaría General

Ministerio Público
República del Paraguay

Fiscalía General del Estado
Chile 1100 entre Ygatymi y Jejui
Teléfono: 595-21-415 6000
web site: www.ministeriopublico.gov.py

Ministerio Público
República del Paraguay
Unidad Fiscal de Cuentas Nº 2

EXPEDIENTE:			EJERCICIO FISCAL:
TÉCNICO:	INTENDENTE/A O GOBERNADOR/A		REPRESENTANTE CONVENCIONAL
ABOG:			
DOCUMENTACIONES PRESENTADAS	TIPO	CANTIDAD	VISTO EN FECHA

ESTADO DEL EXPEDIENTE

Ministerio Público
República del Paraguay
Dirección de Finanzas

MEMORANDUM D.F. Nº V/ 1263/16

A : **Lic. Isabel Troche, Directora**
Dirección Administrativa

DE : **Lic. Oscar Sosa, Director**
Dirección de Finanzas

TEMA : **Solicitar**

FECHA : **02/05/2016**

Por el presente me dirijo a usted, a fin de solicitar la impresión 7.000 (SIETE MIL) formularios de Solicitud de Viáticos y Movilidad e Informe de comisión de viajes, conforme a la Resolución F. G. E. N° 192 de fecha 26 de enero de 2016 "POR LA CUAL SE REGLAMENTA EL OTORGAMIENTO DE VIATICOS Y MOVILIDAD EN EL MINISTERIO PUBLICO – EJERCICIO FISCAL 2016, CON MOTIVO DE COMISIONES DE SERVICIOS A FUNCIONARIOS, CONTRATADOS Y OTROS, PARA REALIZAR TAREAS FUERA DEL LUGAR HABITUAL DE TRABAJO". Adjunto copia de Resolución e información en medio optico.

02 MAYO 2016
Fecha de Recepción ..... Hora 12:15
Recibido por: Rafael Zorrilla Irrazabal
Dirección Administrativa
Ministerio Público
Firma: .....
Dirección Administrativa

Ministerio Público
República del Paraguay
DIRECCION ADMINISTRATIVA
A la Dirección
A la Coordinación
Al Departamento CONTROL
Otros
☐ Para Proceder
☐ Para Informar
☐ Para Conocimiento
Obs:
Lic. Isabel Troche Aranda
Directora Administrativa
MINISTERIO PUBLICO

MINISTERIO PÚBLICO
República del Paraguay

Resolución F.G.E. N.° 192 ANEXO 1

COPIA FIEL

Abog. Sandra Mayeregger
Secretaria General
Ministerio Público

SOLICITUD DE VIÁTICO Y MOVILIDAD

(1) N.° .....

(2) Fecha: ...../...../.....

(3) Nombres: .....

(4) Apellidos: .....

(5) C. I. N.°: .....

(6) Teléfono de contacto (oficina y celular): .....

(7) Cargo: .....

(8) Dependencia donde presta servicios.....

(9) Ubicación geográfica del Departamento donde presta servicios:(distrito y departamento):

.....

DATOS DEL VIAJE

(10) Fecha de inicio: ...../...../..... (11) Fecha de Fin: ...../...../.....

(12) Destino/ Distrito/ Colonia:.....

(13) Ubicación geográfica del Departamento donde fue comisionado (Departamento):

.....

(14) Km estimado de traslado: .....

.....

(15) Solicitante
Firma y aclaración

(16) Jefe inmediato del comisionado
Firma y aclaración

(17) V°B° Superior jerárquico
Firma y aclaración

.....

(18) V° B° Director Financiero
Firma y aclaración

Sandra L. Mayeregger Bonfiglio
Secretaria General

Abog. Francisco Javier Díaz Verón
Fiscal General del Estado

MINISTERIO PÚBLICO
República del Paraguay

Resolución F.G.E. N.° 192 –
Anexo

ES COPIA FIEL

Abog. Sandra Mayeregger
Secretaria General
Ministerio Público

ANEXO 1.1

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE VIÁTICOS Y MOVILIDAD

(1) **Número de la solicitud de viático y movilidad:** (uso interno de la Dirección de Finanzas).
(2) **Fecha de la solicitud:** indicar la fecha en la cual se solicita el viático.
(3) **Nombres:** en este punto se deberá consignar el nombre completo de la persona que solicita el pago de viáticos.
(4) **Apellidos:** en este punto se deberá consignar el apellido completo de la persona que solicita el pago de viáticos.
(5) **C.I. N.°:** deberá corresponder al número de cédula de identidad de la persona solicitante.
(6) **Teléfono:** número de teléfono celular y/o de contacto para ubicar al funcionario.
(7) **Cargo:** se refiere al cargo que ejerce el solicitante al momento de la solicitud del viático.
(8) **Dependencia donde presta servicios:** es el lugar (área, departamento, dirección) donde el solicitante presta habitualmente su servicio.
(9) **Ubicación geográfica del departamento donde presta servicios (distrito y departamento):** en el caso de que preste servicios en el interior del país, aclarar colonia, distrito, ciudad y departamento.
(10) **Fecha de inicio:** día, mes y año de la ejecución del trabajo.
(11) **Fecha de fin:** día, mes y año en que finaliza la tarea asignada.
(12) **Destino/Distrito/Colonia**: ubicación del lugar donde fue a cumplir la comisión.
(13) **Ubicación geográfica del departamento donde fue comisionado (departamento):** en el caso de que preste servicios en el interior del país, aclarar colonia, distrito, ciudad y departamento.
(14) **Km estimado de traslado:** distancia existente entre el lugar habitual de trabajo y el lugar de destino.
(15) **Solicitante firma aclaración:** firma del solicitante con su correspondiente aclaración.
(16) **Jefe inmediato del comisionado firma y aclaración:** firma del jefe inmediato (descrito en instructivo de firmas) con su correspondiente aclaración.
(17) **Vo.Bo. superior jerárquico firma y aclaración:** firma del superior jerárquico (descrito en instructivo de firmas), con su correspondiente aclaración.
(18) **Vo.Bo. director financiero firma y aclaración:** firma del director financiero por el cual se autoriza a proceder a la liquidación del viático. con su correspondiente aclaración.

INSTRUCTIVO DE FIRMAS

Área Administrativa Central

Funcionario	Jefe de Departamento	Director
Jefe de Departamento	Director	
Director	Director General	

En el caso del director general u otros directores, que no están a cargo de otro director general, podrán firmar en los campos de jefe inmediato y superior jerárquico indistintamente.

Área Fiscal
Administrativo

Funcionario	Administrador	Director C.R.
Administrador	Coordinación Gral.	Director C.R.

Penal y Tutelar

Asistente y Secretario	Agente Fiscal	Fiscal Adjunto
Agente Fiscal	Fiscal Adjunto	
Fiscal Coordinador	Fiscal Adjunto	
Fiscal Delegado	Fiscal Adjunto	
Fiscal Adjunto	Fiscal General	

En el caso de los agentes fiscales que no están a cargo de un fiscal adjunto, podrán firmar en los campos de jefe inmediato y superior jerárquico indistintamente.

Sandra L. Mayeregger Benítez
Secretaria General

Abog. Francisco Javier Díaz Verón
Fiscal General del Estado

MINISTERIO PÚBLICO
República del Paraguay

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Abog. Sandra Mayeregger
Secretaria General
Ministerio Público

Resolución F.G.E. N.° 192 ANEXO 2

INFORME DE COMISIÓN DE VIAJE

(3) N.....

(2) Fecha: /

(3) Declaración Jurada

Yo .....con C.I.N.°.....funcionario nombrado___contratado__otros.....de la dependencia.....de conformidad con la Ley 2597/05 y sus modificaciones "Que regula el otorgamiento de viáticos en la Administración Pública" y de acuerdo con los procedimientos de pago de viáticos DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO a mi entera responsabilidad y a todo efecto de haber realizado las actividades para las cuales me han comisionado y asignado el monto de viáticos correspondiente.

(4) Forma de traslado

(4-1) VEHÍCULO DE LA INSTITUCIÓN: (.....) Chapa n.° ..... N.° de Orden Asignado:.....

(4-2) VEHÍCULO PARTICULAR (.....) (4-3) VEHÍCULO DE OTRA INSTITUCIÓN (.....)

PUESTOS DE PEAJE: Si (.....) No (.....) Obligatorio si utilizó los incisos 4-1, 4-2 o 4-3

Peaje n.°.....

TRANSPORTE PÚBLICO: (.....) Comprobante n.°.....
AÉREO (.....) Obs.: .....
FLUVIAL (.....) Obs. :.....

Fecha y hora de traslado: ..../..../.... ..... : .....

(6) Fecha y hora de inicio de trabajo: ..../..../.... .... : .... (7) Fecha y hora de fin de trabajo: : ..../..../.... ..... : .....

(8) Detalle del trabajo realizado:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(9) Fecha según ubicación geográfica del Departamento(cronograma de actividades)

Actividad Diurna	Departamento	Pernocte	Departamento
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....

.....

(10) Solicitante — Firma y aclaración

(11) Jefe inmediato del comisionado — Firma y aclaración

(12) V°B° Superior jerarquico — Firma y aclaración

Sandra L. Mayeregger Benítez
Secretaria General

Abog. Francisco Javier Díaz Verón
Fiscal General del Estado

MINISTERIO PÚBLICO
República del Paraguay

Resolución F.G.E. N.° 192
Anexo

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Abog. Sandra Mayeregger
Secretaria General
Ministerio Público

ANEXO 2.1

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO INFORME DE COMISIÓN DE VIAJE

(1) **Número de la solicitud de viático y movilidad:** (uso interno de la Dirección de Finanzas).
(2) **Fecha de la solicitud:** indicar la fecha en la cual se solicita el viático.
(3) **Declaración jurada**: descripción de nombre y apellido del funcionario comisionado, marcar si es nombrado, contratado o describir en otros, C.I.N.°, dependencia donde presta servicios.
(4) **Forma de traslado**: indicar los medios de transporte a ser utilizados para el traslado si es:
  (4-1) **Vehículo de la institución:** marcar en el caso de que el traslado se realice en un vehículo de la institución y describir los datos del móvil.
  (4-2) **Vehículo particular:** marcar si el traslado se realiza en un vehículo ajeno a la institución.
  (4-3) **Vehículo de otra institución**: marcar en caso de que el traslado se realiza en móvil de otra institución.
    A- Puestos de peaje: marcar si en su recorrido se encuentra algún puesto de peaje.
    B- Número de peaje: indicar el número de comprobante del peaje.
  (4-4) **Transporte público:** marcar en caso de que el traslado se realice por medio del transporte público de pasajeros, y aclarar el número de comprobante.
  (4-5) **Aéreo:** marcar si el traslado se realizó en forma aérea, indicar empresa etc.
  (4-6) **Fluvial:** marcar si el traslado se realizó por agua, indicar el medio (canoa, balsa, etc.)
(5) **Fecha y hora de traslado:** indicar la fecha y hora en la que se traslada del origen al destino de la comisión.
(6) **Fecha y hora del inicio de trabajo:** indicar la fecha y hora del inicio de la labor encomendada en el lugar de destino.
(7) **Fecha y hora del fin de trabajo:** indicar la fecha y hora de la finalización de la labor encomendada en el lugar de destino.
(8) **Detalle del trabajo realizado**: Breve reseña de las actividades realizadas, causa, diligencias, etc.
(9) **Fecha según ubicación geográfica**: aclarar según el formulario la fecha y el departamento donde se realiza la labor durante el día, además de la fecha y el departamento donde se realiza el acto de pernocte. Este dato es obligatorio de modo a realizar la liquidación de viático.
(10) **Solicitante firma aclaración:** firma del solicitante con su correspondiente aclaración.
(11) **Jefe inmediato del comisionado firma y aclaración:** firma del jefe inmediato (descrito en instructivo de firmas) con su correspondiente aclaración.
(12) **Vo.Bo. superior jerárquico firma y aclaración:** firma del superior jerárquico (descrito en instructivo de firmas), con su correspondiente aclaración.

INSTRUCTIVO DE FIRMAS

Área Administrativa Central

Funcionario	Jefe de Departamento	Director
Jefe de Departamento	Director	
Director	Director General	

En el caso del director general u otros directores, que no están a cargo de otro director general, podrán firmar en los campos de jefe inmediato y superior jerárquico indistintamente.

Área Fiscal
Administrativo

Funcionario	Administrador	Director C.R.
Administrador	Coordinación Gral.	Director C.R.

Penal y Tutelar

Asistente y Secretario	Agente Fiscal	Fiscal Adjunto
Agente Fiscal	Fiscal Adjunto	
Fiscal Coordinador	Fiscal Adjunto	
Fiscal Delegado	Fiscal Adjunto	
Fiscal Adjunto	Fiscal General	

En el caso de los agentes fiscales que no están a cargo de un fiscal adjunto, podrán firmar en los campos de jefe inmediato y superior jerárquico indistintamente.

Sandra L. Mayeregger Bonfiglio
Secretaria General

Abog. Francisco Javier Díaz Verón
Fiscal General del Estado

ANEXO 1

Ministerio Público

SOLICITUD DE VIATICO Y MOVILIDAD

(1) Nº.....

(2) Fecha: / /

(3) Nombres: .....

(4) Apellidos: .....

(5) C. I. N°:.....

(6) Teléfono de Contacto (Oficina y Celular): .....

(7) Cargo: .....

(8) Dependencia donde presta servicios.....

(9) Ubicación Geográfica del Departamento donde presta servicios:(Distrito y Departamento):

.....

DATOS DEL VIAJE

(10) Fecha de inicio: ...../...../..... (11) Fecha de Fin: ...../...../.....

(12) Destino/ Distrito/ Colonia:.....

(13) Ubicación Geográfica del Departamento donde fue comisionado:(Departamento):

.....

(14) Km estimados de traslado: .....

.....

(15) Solicitante	(16) Jefe Inmediato del comisionado	(17) V°B° Superior Jerárquico
Firma y Aclaración	Firma y Aclaración	Firma y Aclaración

.....

(18) V° B° Director Financiero

Firma y Aclaración

ANEXO 1.1

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE VIÁTICOS Y MOVILIDAD

(1) **Número de la Solicitud de Viático y Movilidad:** (Uso interno de la Dirección y Finanzas)
(2) **Fecha de la Solicitud:** indicar la fecha en la cual se solicita el Viático.
(3) **Nombres:** en este punto se deberá consignar el nombre completo de la persona que solicita el pago de viáticos.
(4) **Apellidos:** en este punto se deberá consignar el apellido completo de la persona que solicita el pago de viáticos.
(5) **C.I. N°:** Deberá corresponder al número de Cédula de identidad de la persona solicitante.
(6) **Telefono:** Numero de telefono celular y/o de contacto para ubicar al funcionario.
(7) **Cargo:** Se refiere al cargo que ejerce el solicitante al momento de la solicitud del viático.
(8) **Dependencia donde presta servicios:** Es el lugar (Área, Departamento, Dirección) donde el solicitante presta habitualmente su servicio
(9) **Ubicación geográfica del departamento donde presta servicios (Distrito y Departamento):** en el caso de que preste servicios en el interior del país, aclarar colonia, distrito, Ciudad y Departamento.
(10) **Fecha de Inicio:** día, mes y año de la ejecución del trabajo.
(11) **Fecha de Fin:** día, mes y año en que finaliza la tarea asignada.
(12) **Destino/Distrito/Colonia**: ubicación del lugar donde fue a cumplir la comisión.
(13) **Ubicación geográfica del Departamento donde fue comisionado (Departamento):** en el caso de que preste servicios en el interior del país, aclarar colonia, distrito, Ciudad y Departamento.
(14) **Km. Estimados de traslado:** distancia existente entre el del lugar habitual de trabajo y el lugar de destino.
(15) **Solicitante Firma Aclaración:** Firma del solicitante con su correspondiente aclaración.
(16) **Jefe Inmediato del Comisionado Firma y Aclaración:** firma del jefe inmediato (descrito en instructivo de firmas) con su correspondiente aclaración.
(17) **Vo.Bo. Superior Jerárquico Firma y aclaración:** firma del superior jerárquico (descrito en instructivo de firmas), con su correspondiente aclaración.
(18) **Vo.Bo. Director Financiero Firma y Aclaración:** firma del Director Financiero por el cual se autoriza a proceder a la liquidación del Viático. con su correspondiente aclaración.

INSTRUCTIVO DE FIRMAS

Área Administrativa Central

Funcionario	Jefe de Departamento	Director
Jefe de Departamento	Director	
Director	Director General	

En los caso del Director General y directores que no estén a cargo de ningún Director General podrán firmar en los campos de Jefe inmediato y superior Jerárquico indistintamente

Área Fiscal
Administrativo

Funcionario	Administrador	Director C.R.
Administrador	Coordinación Gral	Director C.R.

Penal y Tutelar

Asistente y Secretario	Fiscal	Fiscal Adjunto
Fiscal	Fiscal Adjunto	
Fiscal Coordinador	Fiscal Adjunto	
Fiscal Delegado	Fiscal Adjunto	
Fiscal Adjunto	Fiscal General	

En los casos de que los Agentes Fiscales no estén a cargo de algún Fiscal Adjunto podrán firmar en los campos de Jefe inmediato y Superior Jerárquico indistintamente

ANEXO 2

INFORME DE COMISION DE VIAJE

Ministerio Público

(1) Nº.....

(2) Fecha: / /

(3) Declaración Jurada

Yo .....con C.I.N°.....funcionario nombrado___contratado__otros.....de la Dependencia.....de conformidad con la Ley N° 2597/05 y sus modificaciones "Que regula el otorgamiento de viáticos en la Administración Pública" y de acuerdo con los procedimientos de pago de viáticos DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO a mi entera responsabilidad y a todo efecto de haber realizado las actividades para las cuales me han comisionado y asignado el monto de viáticos correspondiente.

(4) Forma de traslado

(4-1) MOVIL DE LA INSTITUCIÓN: (.....) Chapa N° .....N° de Orden Asignado:.....

(4-2) MOVIL PARTICULAR (.....) (4-3) MOVIL DE OTRA INSTITUCIÓN (.....)

A- PUESTOS DE PEAJE: Si (.....) No (.....) "Obligatorio si utilizó los incisos 4-1, 4-2 o 4-3

B- Peaje N°.....

4-4 TRANSPORTE PÚBLICO: (.....) Comprobante N°.....
4-5 AEREO (.....) Obs.: .....
4-6 FLUVIAL (.....) Obs. :.....

(5) Fecha y hora de traslado: ..../..../.... ..... : .....

(6) Fecha y hora de inicio de trabajo: ..../..../.... .... : .... (7) Fecha y hora de fin de trabajo: : ..../..../.... ..... : .....

(8) Detalle del trabajo realizado:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(9) Fecha según Ubicación Geográfica del Departamento(Cronograma de Actividades)

Actividad Diurna	Departamento	Pernocte	Departamento
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....
..../..../....	.....	..../..../....	.....

.....

(10) Solicitante Firma y Aclaración

(11) Jefe Inmediato del comisionado Firma y Aclaración

(12) V°B° Superior Jerarquico Firma y Aclaración

ANEXO 2.1

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO INFORME DE COMISION DE VIAJE

(1) **Número de la Solicitud de Viático y Movilidad:** (Uso interno de la Dirección y Finanzas)

(2) **Fecha de la Solicitud:** indicar la fecha en la cual se solicita el Viático.

(3) **Declaración Jurada**: Descripción de nombre y apellido del funcionario comisionado, marcar si es nombrado, contratado o describir en otros, C.I.N°, Dependencia donde presta servicios.

(4) **Forma de Traslado**: indicar los medios de transporte a ser utilizados para el traslado si es:

- (4-1) **Móvil de la Institución:** Marcar en el caso de que el traslado se realice en el móvil de la institución y describir los datos del móvil.
- (4-2) **Móvil Particular:** Marcar el caso de que el traslado se realice con un vehículo ajeno a la institución.
- (4-3) **Móvil de otra institución**: Marcar en caso de que el traslado se realice en móvil de otra institución.
  - A- Puestos de peaje: Marcar si en su recorrido se encuentra algún puesto de peaje.
  - B- Numero de peaje: indicar el numero de comprobante del peaje.
- (4-4) **Transporte Público:** Marcar en el caso de que el traslado se realice por medio del transporte público de pasajeros, y aclarar el numero de comprobante.
- (4-5) **Aéreo:** Marcar si el traslado se realizo en forma aérea, indicar empresa etc.
- (4-6) **Fluvial:** Marcar si el traslado se realizo por agua, indicar el medio (canoa, balsa, etc.)

(5) **Fecha y hora de traslado:** indicar la fecha y hora en la que se traslada del origen al destino de la comisión.

(6) **Fecha y hora del inicio de trabajo:** indicar la fecha y hora del inicio de la labor encomendada en el lugar de destino.

(7) **Fecha y hora del fin de trabajo: :** indicar la fecha y hora de la finalización de la labor encomendada en el lugar de destino.

(8) **Detalle del trabajo realizado**: Breve reseña de las actividades realizadas, causa, diligencias etc.

(9) **Fecha según ubicación geográfica**: aclarar según Formulario la fecha y el departamento donde se realiza la labor durante el día, además de la fecha y el Departamento donde se realiza el acto de pernocte. Este dato es obligatorio de modo a realizar la liquidación de viático.

(10) **Solicitante Firma Aclaración:** Firma del solicitante con su correspondiente aclaración.

(11) **Jefe Inmediato del Comisionado Firma y Aclaración:** firma del jefe inmediato (descrito en instructivo de firmas) con su correspondiente aclaración.

(12) **Vo.Bo. Superior Jerárquico Firma y aclaración:** firma del superior jerárquico (descrito en instructivo de firmas), con su correspondiente aclaración.

INSTRUCTIVO DE FIRMAS

Área Administrativa Central

Funcionario	Jefe de Departamento	Director
Jefe de Departamento	Director	
Director	Director General	

En los caso del Director General y directores que no estén a cargo de ningún Director General podrán firmar en los campos de Jefe inmediato y superior Jerárquico indistintamente

Área Fiscal
Administrativo

Funcionario	Administrador	Director C.R.
Administrador	Coordinación Gral	Director C.R.

Penal y Tutelar

Asistente y Secretario	Fiscal	Fiscal Adjunto
Fiscal	Fiscal Adjunto	
Fiscal Coordinador	Fiscal Adjunto	
Fiscal Delegado	Fiscal Adjunto	
Fiscal Adjunto	Fiscal General	

En los casos de que los Agentes Fiscales no estén a cargo de algún Fiscal Adjunto podrán firmar en los campos de Jefe inmediato y Superior Jerárquico indistintamente

Ministerio Público	AUDITORIA GENERAL	INTERNO Nº	
GRUPO 500	INVERSIÓN FÍSICA	F.F.	NIVEL:
O.G.			
S.T.R. Nº	FECHA	INTERNO Nº	

IMPORTE SOLICITADO:
IMPORTE DEDUCIDO:
IMPORTE A TRANSFERIR:

Item	DOCUMENTOS REVISADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN
1	Solicitud de Transferencias de Recursos (STR)				
2	Código de Contratación				
3	Documento de Registro de Obligación				
4	Solicitud interna de servicios				
5	Factura Contado				
6	Factura Crédito y Recibo de Dinero				
7	Declaración Jurada - Art. 40ª de la Ley 205/03				
8	Orden de Trabajo y/o de servicio, o de Compra				
9	Presupuestos originales / Cartas Ofertas				
10	Nota de Remisión				
11	Nota de Recepción				
12	Certificado de Obras				
13	Informe de trabajos realizados o Técnico de reparaciones				
14	Copia autenticada de Declaración Jurada de IVA/RENTA				
15	En caso de no ser contribuyente, dejar constancia de tal situación bajo fe de juramento				
16	Detalle de Retenciones de la DGTP				
17	Comprobante de Retención de Impuestos				*
18	Acta de Adjudicación / Apertura				
19	Resolución de Adjudicación				
20	Contrato				
21	Hoja de control interno regularizado				

Observación .....

.....

.....

Verificado en fecha: ..... **Por** .....

* Documentos a ser adjudicados para su posterior verificación - Archivo de Rendición de cuentas

"Se deja expresa constancia que las verificaciones de los legajos suministrado no forman parte de una auditoria especifica, encontrandose limitada únicamente a la revisión de los documentos presentados por la Dirección General de Administración y Finanzas- **por lo que no representa autorización de pago alguno,** reservandose esta Auditoria la potestad de realizar las verificaciones y controles posteriores según Ley Nº 1535/99 - Administración Financiera del Estado"

VERIFICACIÓN PREVIO PAGO A PROVEEDORES

NOTA DE CRÉDITO BANCARIO - FECHA ..... **CUENTA Nº** .....

ORDEN DE PAGO
Nº ..... **FECHA** ..... **CHEQUE** .....
.....
.....
.....

REGULARIZADO: SI ..... **NO** .....

VERIFICADO EN FECHA: ..... **POR** .....

Ministerio Público

INFORME DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER Y/O RESTOS HUMANOS

Dirección de Medicina Legal y Ciencias Forenses

1. Fecha: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

Hora de llegada ☐☐ ☐☐

Hora de inicio ☐☐ - ☐☐

2. Lugar del Hecho

2.1. Departamento: _____

2.2. Localidad: _____

2.3 Dirección: _____

2.4 Fiscal a Cargo: _____

2.5 Fiscalía: _____

3. Lugar de Fallecimiento Si se realiza en hospital pasar a la sección A-I

3.1. Departamento: _____

3.2. Localidad: _____

3.3 Dirección: _____

4. Información proporcionada por:

◯ Familiar ◯ Vecino ◯ PNP

◯ Otros Especificar _____

5. Verificación preliminar Signos:

Se constata fallecimiento ◯ SI ◯ No

Cardiovasculares	Si ◯	No ◯
Respiratorios	Si ◯	No ◯
Neurologicos	Si ◯	No ◯
Otros	Si ◯	No ◯

Comentarios _____

6. De la escena

Escena protegida ◯ Si ◯ No ◯ Primaria ◯ Secundaria

Lugar abierto

- ◯ Vía Publica
- ◯ Playa
- ◯ Arenal
- ◯ Basural
- ◯ Río
- ◯ Acantilado
- ◯ Falda de cerro
- ◯ Otro

Lugar cerrado

- ◯ Vivienda
- ◯ Albergues/asilos
- ◯ Centro laboral
- ◯ Escuelas/Inst. educativas
- ◯ Áreas de deporte
- ◯ Área de recreación
- ◯ Hospedaje
- ◯ Comercio y áreas de serv.
- ◯ Área industrial y de construcción
- ◯ Vehículo
- ◯ Institución de salud (pase a A-I)
- ◯ Centro penitenciario
- ◯ Otro Lugar

ESPECIFICAR _____

6.1. Se encuentra en la escena:

6.1.1 Cadáver ◯	Restos Oseos ◯	Pza. Anatómica ◯	Feto ◯
6.1.2 Tipo	Completo ◯	Incompleto ◯	
6.1.3 Estado	Conservado ◯	Momificado ◯	
	Putrefacto ◯	Quemado ◯	

6.2. Características de la escena Detallar: _____

Signos de Violencia Si ◯ No ◯

Presencia de Indicios ◯ Si ◯ No

- ◯ Huellas dactilares
- ◯ Huellas de pisadas
- ◯ Sangre
- ◯ Semen
- ◯ Saliva
- ◯ Medicamentos
- ◯ Sustancia Tóxicas
- ◯ Drogas

Ministerio Público

INFORME DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER Y/O RESTOS HUMANOS

Dirección de Medicina Legal y Ciencias Forenses

7. Identificación de la victima ○ NN

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

8. Documento de Identidad

○ CI
○ DNI
○ Pasaporte
○ Partida Nac.
○ C. Extranj.
○ Sin Documento
○ Otro. Especificar _____

Nº

9. Sexo

○ Masc.
○ Fem.
○ Ind.

10. Raza

○ Blanca
○ Mestiza
○ Negra
○ Amarilla
○ Indeterm.
○ Indoamericana

11. Fecha de nacimiento

Día Mes Año

12. Edad

○ Día (s)
○ Mes (es)
○ Año (s)

Edad Gestacional ____ Semanas

13. Estado civil

○ Soltero
○ Casado
○ Conviviente
○ Separado
○ Divorciado
○ Viudo
○ No se sabe

14. Nivel de Instrucción

○ Analfabeto
○ Alfabeto
○ Prim. Incompleta
○ Prim. Completa
○ Sec. incompleta
○ Sec. Completa
○ Sup. Técnica Incompleta
○ Sup. Técnica completa
○ Sup. Universitaria incompleta
○ Sup. Universitaria completa
○ Postgrado
○ No sabe

15. Religión

○ Católica
○ Evangélica
○ Adventista
○ Testigo de Jeh.
○ Musulmana
○ Ateo
○ Judío
○ Otro

Especificar _____

16. Antecedentes patológicos

○ Hipertensión ○ VIH/SIDA
○ Diabetes ○ Hepatitis
○ Tuberculosis ○ Cáncer
○ Pat. Cardiaca ○ Enf. Mental
○ Inst. Renal ○ Enf. respiratórias
○ Otros

Especificar _____

17. Ocupación

○ Ama de casa
○ Empleado prof.
○ Empleado téc.
○ Emp. No porf./tec.
○ Empresario
○ Trabaj. Sexual
○ Trabaj. Indep.
○ Trabaj. del hogar
○ Estudiante
○ Obrero
○ Taxista
○ Cambista
○ Jubilado
○ Desocup.
○ Ns/nr

Especificar _____

18. Examen Externo

18.1. Posición del Cadáver

Decúbito dorsal	○	Decúbito ventral	○	De rodillas	○
Decúbito lateral der.	○	Cuclillas	○	Suspendido	○
Decúbito lateral izq.	○	Pos. fetal	○	Sumergido	○
Sentado	○	Semi sentado	○	Otros	○

Describir _____

18.2. Prendas de vestir: SI ○ NO ○

Describir _____

18.3. Objetos personales: SI ○ NO ○

Describir _____

18.4. Existen indicios de Violencia SI ○ NO ○

Si es violencia sexual o aborto pasar a Sección -II

18.5. Presencia de

Medicamentos	○		
Drogas	○	Arma Blanca	○
Alcohol	○	Sustancias toxicas	○
Arma de Fuego	○	Obj. contundente	○
Elem. Constrictor	○	Otros	○

Especificar _____

Tiempo Aproximado de Muerte: de _____ a _____

Horas Días Meses Años

19. Examen del Cadáver

19.1. Fenómenos Cadavéricos

Fenómenos Oculares: Ojo Izquierdo ○ Ojo Derecho ○

Pupilas: Miosis: O. iz ○ O. dr. ○ Midriasis: O. iz ○ O. dr. ○

Corneas: Transparente: O. iz ○ O. dr ○ Opacas: O. iz ○ O. dr ○

Tensión Ocular: Normal O. iz ○ O. dr ○ Opacas: O. iz ○ O. dr ○

Hipotónico O. iz ○ O. dr ○ O. iz ○ O. dr ○

Signo de Sommer: O. iz Presente ○ Ausente ○ O. dr Presente ○ Ausente ○

Observaciones _____

Fauna y flora cadavérica: SI ○ NO ○ Especificar _____

Lividezes:

Dorsales:	Grado: _____	modificable	Si ○	No ○
Ventrales:	Grado: _____	modificable	Si ○	No ○
Laterales derecho:	Grado: _____	modificable	Si ○	No ○
Laterales izquierdo:	Grado: _____	modificable	Si ○	No ○
En pantalón:	Grado: _____	modificable	Si ○	No ○

Otros Especificar _____

Rigidez:

Mandibula	Total ( )	Parcial ( )	Flácido ( )
Cuello	Total ( )	Parcial ( )	Flácido ( )
Miembros sup.	Total ( )	Parcial ( )	Flácido ( )
Miembors inf.	Total ( )	Parcial ( )	Flácito ( )

Temperatura: Rectal ..... grados ºC / Ambiental ..... grados ºC

Putrefacción: Insipiente ○ cromático ○ enfisematoso ○ colicuativo ○ Otros ○

Describir _____

Esquelético: _____

Ministerio Público

INFORME DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER Y/O RESTOS HUMANOS

Dirección de Medicina Legal y Ciencias Forenses

19.2. Examen externo por regiones (descripción suscinta)

Cabeza y cuello Existen lesiones ○ Si ○ No

Tórax Existen lesiones ○ Si ○ No

Región Abdomen: Existen lesiones ○ Si ○ No

Región Glútea: Existen lesiones ○ Si ○ No

Miembros Superiores: Existen lesiones ○ Si ○ No

Miembros inferiores: Existen lesiones ○ Si ○ No

19.3. Señales particulares: Si ○ No ○

Cicatriz ○
Tatuaje ○
Lunar ○
Marca Mongólica ○

19.4. Perennización: Si ○ No ○

Fotos ○
Videos ○
Diagramas ○
Otros ○

Ministerio Público

INFORME DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER Y/O RESTOS HUMANOS

Dirección de Medicina Legal y Ciencias Forenses

A - I

Procede de Servicio de Salud: Si ○ No ○

Institución:

MINSA ○ FFAA ○ IPS ○

Privado ○ PNP ○ Otro ○

Levantamiento de Cadáver en Establecimiento de Salud

Nivel:

Nivel I ○ Nivel II ○ Nivel III ○

Nombre del Servicio donde se atendió el cadáver

Nombre del Medico responsable

Tiempo de Hospitalización

Día de ingreso ____ **Hora de Ingreso** ____ **Día de Fallecimiento** ____ **Hora de Fallecimiento** ____

Diagnostico de Causa de

Muerte _____

Tipo:

Consultorio ○	Posta Médica ○	Puesto de Salud ○	
Centro de Salud ○	Centro Médico ○	Policlínico ○	
Clínica ○	Hospital I ○	Hospital II ○	
Hospital Regional ○	Hospital III ○	Hospital IV ○	
Hospital Nacional ○	Instituto ○	Instituto Especializado ○	

Documentos : Epicrisis ○ HCL ○

Resultados de exam. complement.

Especificar _____

Evidencia de signos de Gestación :

Signos probables de embarazo: No ○ Si ○

Evaluación de Mamas existe

Pigmentación areolar: No ○ Si ○

A la digito presión existe secreción Láctea (calostro) No ○ Si ○

Abdomen: Globuloso No ○ Si ○ Pigmentado No ○ Si ○

Se evidencia presencia de Feto No ○ Si ○

Signos del cuerpo del útero

Aumento de tamaño de útero No ○ Si ○

Altura Uterina: ..... cml

Reblandecimiento del útero	No ○	Si ○	**Consistencia uterina**
Cambios de consistencia uterina	No ○	Si ○	**modificada** Si ○ No ○
Examen vaginal: Sangrado Vaginal	No ○	Si ○	
Lividez de la mucosa vaginal	No ○	Si ○	

A - II

Evaluación externa: **Violencia Sexual** No ○ Si ○

Probable Edad Gestacional (Semanas) ____

Lesiones extragenitales presentes No ○ Si ○

Especificar:

Lesiones paragenitales presentes No ○ Si ○

Especificar:

Lesiones genitales presentes No ○ Si ○

Especificar:

20- Relato suscinto de los hechos: _____

21- ETIOLOGÍA MÉDICO LEGAL: (Probable)

Causa probable de Muerte:

FORMA: Natural ○ Accidental ○ Suicida ○ Homicida ○ Por Determinar ○

AGENTE: _____

TIPO AGENTE: _____

CONCLUSIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

Siendo las: _____ horas del _____ del mes de _____ del 20____

En _____ distrito de _____ provincia de _____ Dpto. de _____

Se completo la diligencia de levantamiento de _____

.....

(Sello y Firma del médico)

GRAF. MONARCA S.R.L. - Tte. Farfán 813 el Tacuary - Tel./Fax: 495 772 - 449 103

(Consulta instrucciones al dorso)

REPÚBLICA DEL PARAGUAY
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Nº MF- 0027825

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) DEL / LA FALLECIDO / A
Nombre (s) _____ Apellido (s) _____

2. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
1 ☐ C. Identidad 2 ☐ Pasaporte
No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3 ☐ No tiene

3. FECHA DE DEFUNCIÓN
☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año

4. HORA DE DEFUNCIÓN
☐☐ Hora ☐☐ Minutos ☐ No sabe

5. SEXO
1 ☐ Masculino 2 ☐ Femenino 3 ☐ Indefinido

6. LUGAR DE DEFUNCIÓN
Región Sanitaria _____ ☐☐ Departamento _____ ☐☐
Distrito _____ ☐☐ Barrio o Cñia. _____

7. ÁREA DE DEFUNCIÓN
1 ☐ Urbana
2 ☐ Rural

8. SITIO DE DEFUNCIÓN
1 ☐ Institución del MSP Y BS 2 ☐ IPS 3 ☐ Institución Privada
4 ☐ Domicilio 5 ☐ Calle 6 ☐ Otro, especificar _____

9. INSTITUCIÓN
_____ ☐☐☐☐ Nombre
_____ Dirección

SI LA MUERTE ES FETAL PASE A LA PREGUNTA 20

10. ESTADO CIVIL
1 ☐ Soltero 2 ☐ Casado
3 ☐ Viudo 4 ☐ En unión libre
5 ☐ Separado o divorciado 6 ☐ No sabe

11. EDAD
1 Menor de un día (horas) ☐☐ (00-23) 2 Menor de un mes (días) ☐☐ (01-29)
3 Menor de 1 año (meses) ☐☐ (01-11) 4 De 1 o más años (años cumplidos) ☐☐

12. NIVEL EDUCATIVO
1 ☐ Ninguno 2 ☐ Primaria incompleta
3 ☐ Primaria completa 4 ☐ Esc. Básica completa
5 ☐ Secundaria completa 6 ☐ Esc. Media completa
7 ☐ Universitaria o Superior completa 8 ☐ No sabe

13. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL
Departamento _____ ☐☐ Distrito _____ ☐☐
Barrio o Cñia. _____ Calle y No. _____

14. ÁREA DE RESIDENCIA
1 ☐ Urbana
2 ☐ Rural

15. PROBABLE MANERA DE MUERTE
1 ☐ No violenta 2 ☐ Violenta 3 ☐ En estudio

16. CERTIFICADO EXPEDIDO POR
1 ☐ Médico tratante 2 ☐ Médico no tratante 3 ☐ Médico forense 4 ☐ Personal de salud autorizado

II. MUERTES VIOLENTAS

17. PROBABLE MANERA DE MUERTE
1 ☐ Suicidio 2 ☐ Homicidio
3 ☐ Accidente de tránsito 4 ☐ Otro accidente
5 ☐ En estudio (sólo Medicina Legal)

18. ¿COMO OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (lugar); atropellado (clase de vehículo); otros (veneno, etc.)
_____

19. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO
_____

III DEFUNCIÓN FETAL

20. LA MUERTE OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO
1 ☐ Antes 2 ☐ Durante 3 ☐ No sabe

21. PARTO
1 ☐ Normal 2 ☐ Cesárea
3 ☐ Instrumentado 4 ☐ No sabe

22. EMBARAZO
1 ☐ Único 2 ☐ Múltiple

23. PESO AL NACER
☐☐☐☐ Gramos

24. NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) DE LA MADRE
Nombre (s) _____ Apellido (s) _____

25. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
1 ☐ Cédula de Identidad 2 ☐ Pasaporte No. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 3 ☐ No Sabe 4 ☐ No Tiene

28. EDAD (en años cumplidos a la Fecha del parto) ☐☐

27. ESTADO CIVIL
1 ☐ Soltera 2 ☐ Casada
3 ☐ Viuda 4 ☐ En unión libre
5 ☐ Separada o divorciada 6 ☐ No sabe

26. NIVEL EDUCATIVO
1 ☐ Ninguno 2 ☐ Primaria incompleta 3 ☐ Primaria completa
4 ☐ Esc. Básica completa 5 ☐ Secundaria completa 6 ☐ Esc. Media completa
7 ☐ Universitaria o Superior completa 8 ☐ No sabe

29. NÚMERO DE HIJOS
☐☐ Nacidos Vivos ☐☐ Nacidos Muertos (Incluyendo el presente)

30. TIEMPO DE GESTACIÓN
1 ☐☐ Semanas 2 ☐ No sabe

31. ASISTIÓ A CONTROL DEL EMBARAZO
1 ☐ Si, escriba el Nº de veces _____ 2 ☐ No

IV. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 - 49 AÑOS)

32. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?
1 ☐ Si (pase al 35) 2 ☐ No 3 ☐ No sabe

33. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ULTIMAS 6 SEMANAS?
1 ☐ Si (pase al 35) 2 ☐ No 3 ☐ No sabe

34. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
1 ☐ Si 2 ☐ No ☐ No sabe

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN

35. COMO DETERMINO LA CAUSA DE MUERTE
1 ☐ historia clínica 2 ☐ Pruebas de laboratorio 3 ☐ Necropsia-autopsia 4 ☐ Interrogatorio a familiares o testigos

36. ¿RECIBIO ASISTENCIA MEDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVO A LA MUERTE?
1 ☐ Si 2 ☐ No 3 ☐ No sabe

37. CAUSAS (en caso de muerte de menores de 28 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c) y d)

	(CONSIGNE UNA CAUSA POR LÍNEA)	Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte
I. CAUSA DIRECTA Enfermedad o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	a) _____ Debido a:	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en a) mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental.	b) _____ Debido a:	
	c) _____ Debido a:	
	d) _____	
II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES Que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.	_____	Causa básica

38. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA
Causa probable de muerte _____

39. NOMBRE DE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO

Ficha 613 c/ Tricomy - Tel./Fax: 495.172 - 449.199

39. NOMBRE DE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO

Nombre (s) y Apellidos (s) | Firma | Nº de Registro

40. LUGAR DE EXPEDICIÓN

41. FECHA DE EXPEDICIÓN — Día | Mes | Año

ORIGINAL: Blanco **DUPLICADO:** Rosado **TRIPLICADO:** Verde **CUADRUPLICADO:** Amarillo

GRAF. MONARCA S.R.L. - Tiq. Partes

Nº MF-0027825

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
SISTEMA ESTADISTICO DE DEFUNCIÓN

Segunda Parte: Para uso del Registro Civil
Autorización de inscripción para el Registro Civil de Defunción No.

Causa de la Defunción _____ Sexo [ ] M [ ] F Edad _____

Lugar de la Defunción _____ Fecha [ ][ ] Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año Hora _____ : _____

Nombres y Apellidos del Fallecido _____

Nombres y Apellidos de la Madre _____ Edad _____

Nombres y Apellidos del Padre _____ Edad _____

Nombres y Apellidos del Profesional que asistió _____ Titulo _____ Firma _____

Nombre del informante _____ Parentesco con el fallecido _____ C. I. No. _____ Firma _____

Nombre y Apellido del Funcionario del Establecimiento de Salud _____

Tomo	Folio	Acta	Año

Firma _____

Ciudad o Pueblo _____ Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ]