
Certificado de Defunción Electrónico

Guía Rápida

para Usuarios de Empresas Fúnebres

Sistema de Estadísticas Vitales, Vacunas, Embarazo y Niñez - SEVEN

Versión: 1.0 - Diciembre 2015

Tema	Página
Introducción	3
• Funcionalidades generales disponibles	3
Procedimiento general de uso	6
Solicitud de acceso al sistema	8
Ingresar al sistema	9
• Acceder Menú general	11
Crear Certificado	11
• Seleccionar franja etaria	12
• Ingreso de datos patronímicos	13
• Identificación y datos personales del fallecido	14
• Residencia habitual del fallecido	17
• Lugar de la defunción	19
• Confirmar datos y guardar	20
Búsqueda de Certificados	22
Impresión Certificado Defunción Resumido	25
Enmienda de Certificados	26

1.1. Funcionalidades generales disponibles.

- Usuarios de Empresas Fúnebres podrán acceder al Sistema para:
 - **Iniciar** Certificados de Defunción registrando Datos Patronímicos.
 - **Buscar y continuar** Certificados de Defunción que han sido creados por prestadores de Salud.
 - **Modificar ciertos datos patronímicos** incluso cuando el certificado haya sido firmado por el médico siempre y cuando no haya sido inscripto en la Dirección General del Registro del Estado Civil .
 - **Imprimir** el Certificado de Defunción Resumido, debiendo incorporar **el sello de su empresa y firma** para poder inscribirlo. Anteriormente el sello y la firma de dicho certificado, era potestad exclusiva de los Prestadores de Salud./Médicos .

Nota: Los Certificados de Defunción que han sido “creados / modificados” por una empresa Fúnebre, no podrán ser consultados, ni modificados por otra empresa del mismo rubro.

1.1. Funcionalidades generales disponibles.

	Etapas	Admisión	E. Fúnebres	Médicos	Plazo
1	Iniciar Certificado	x	x	x	
2	Completar Datos Patronímicos	x	x	x	
3	Corregir Datos Patronímicos	x	x	x	
4	Completar Datos Clínicos			x	
5	Corregir Datos Clínicos			x	
6	Firmar			x	
7	Corregir determinados Datos Patroními	x	x	x	Previo inscripción en DGREC.
8	Corregir determinados Datos Clínicos			x	15 meses
9	Imprimir, firmar y sellar Certificado de Defunción Resumido	x	x	x	

1.1. Funcionalidades generales disponibles.

Certificado de Defunción posee datos de carácter:

PATRÓNIMICO

- Identificación del Fallecido.
- Residencia del Fallecido.
- Lugar de la Defunción.



Médicos

Personal de Admisiones



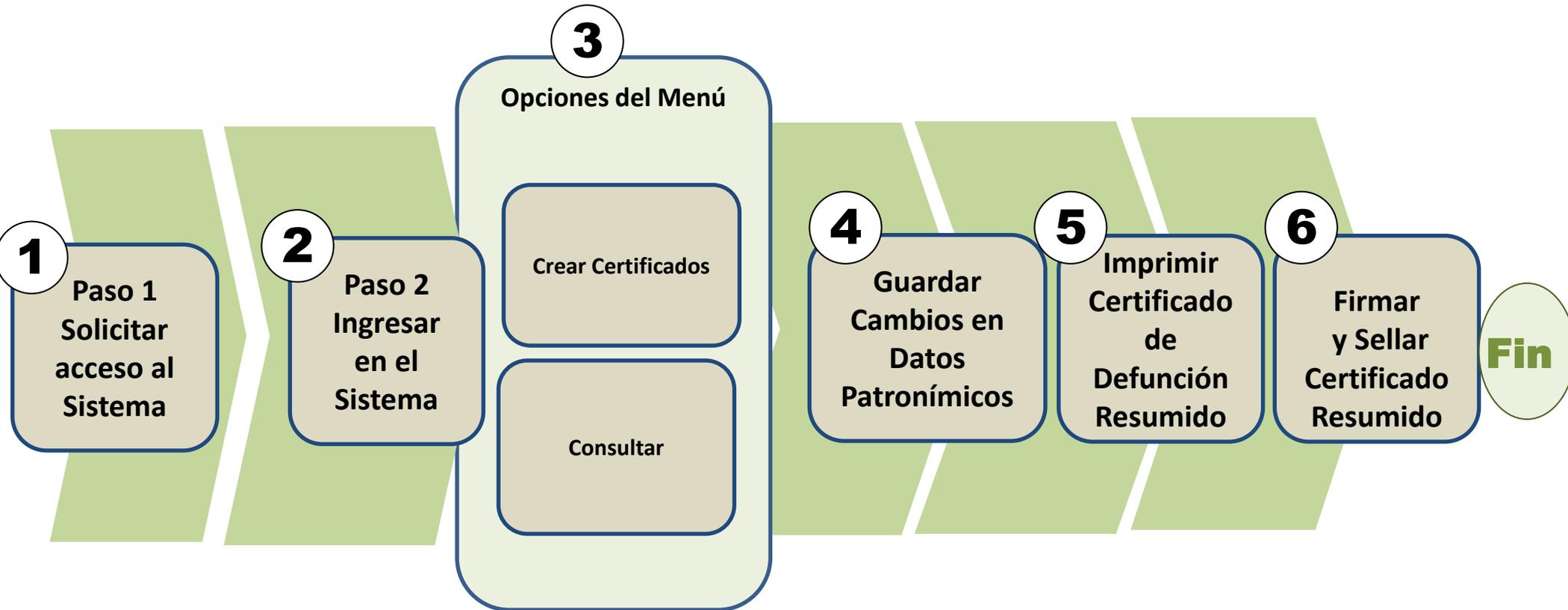
Empresas Fúnebres

CLÍNICO

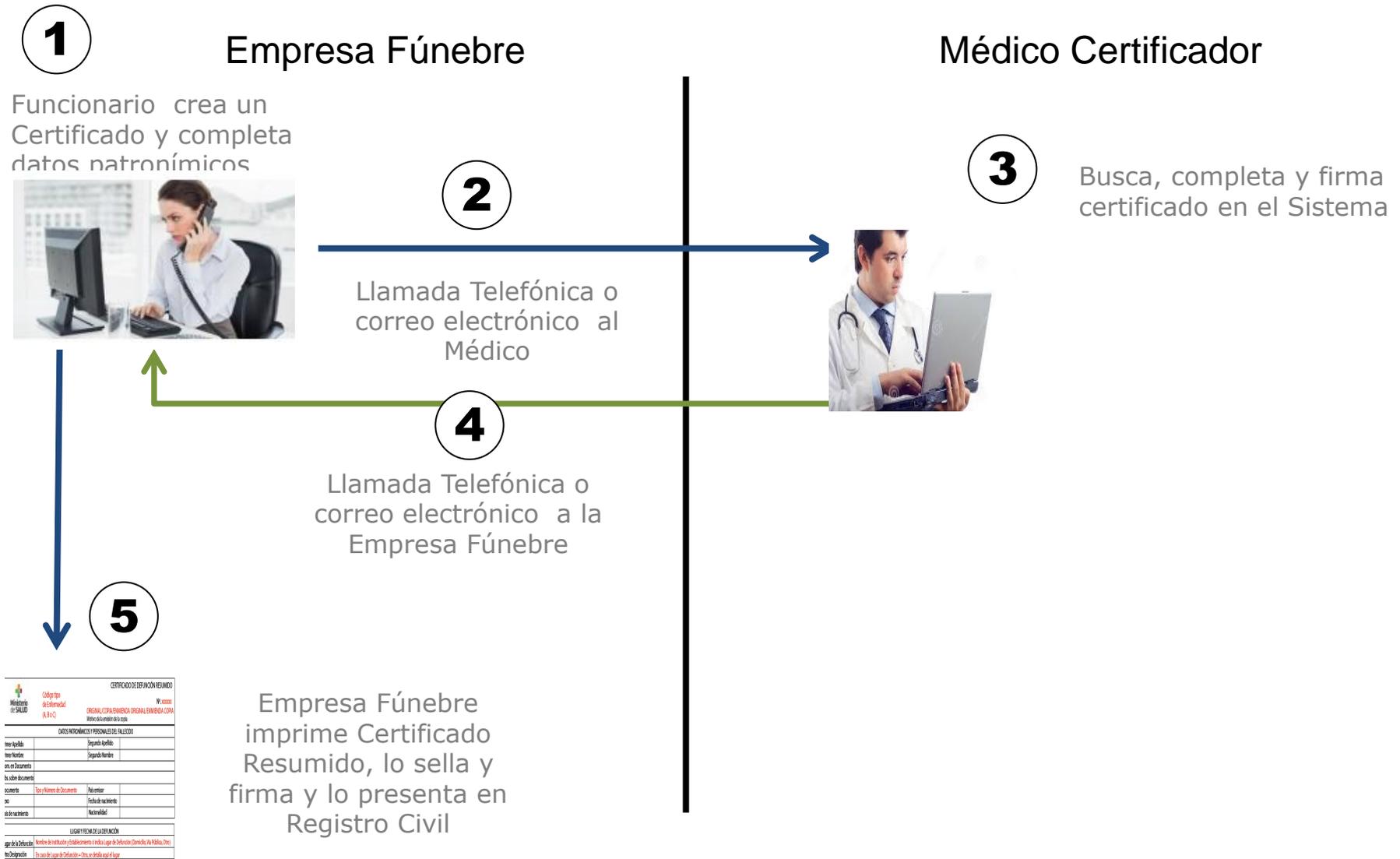
- De carácter puramente clínico vinculados al contexto y a las causas de la defunción.



Médicos



Detalle de coordinación con el Médico Certificador.



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO	
Ministerio de SALUD	Ministerio de SALUD
Logo de la Empresa Fúnebre	Logo de la Empresa Fúnebre
Nombre y Apellido	Segundo Nombre
Sexo	Fecha de nacimiento
Estado Civil	Nacionalidad
LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN	
Fecha de Defunción	Nombre de Instituto y Establecimiento y Indicar Lugar de Defunción (Comuna, Dirección, País)
Identificación	Nombre de Lugar de Defunción - Ciudad y Dirección y Lugar

Procedimiento general:

1. Registrar Empresa Fúnebre para autorizar acceso.
2. Solicitar Usuarios, enviando planilla de usuarios.
3. Mesa de Servicios brinda acceso a cada usuario.

La solicitud de Usuarios se realiza a:

Mesa de Servicios del MSP.

Teléfono 1934 interno 3230.

Correo Electrónico: mesadeayuda@msp.gub.uy

Se ingresará al Sistema a través de la página web del MSP, dónde a la brevedad figurará un enlace, indicando el acceso al Certificado de Defunción.

 [Iniciar Sesión](#) | [Datos Abiertos](#) | [Mapa del Sitio](#) | [Contáctenos](#) | [Últimas Novedades](#) | [Buzón de Sugerencias](#) | [Correo Interno](#)



- [Institucional](#)
- [Noticias](#)
- [Marco Normativo](#)
- [Programas](#)
- [Convocatorias](#)
- [Publicaciones](#)
- [Trámites y Servicios](#)
- [Compras](#)



Personas



Trabajadores de la Salud



Organizaciones Reguladas

- [Dirección General de Secretaría](#)
- [Dirección General de Salud](#)
- [Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud](#)
- [Junta Nacional de Salud](#)
- [Epidemiología](#)



14/01/2016

MSP convoca acuerdo interinstitucional por Leishmaniasis

1 2 3 4

◀ Atrás || Pausar Adelante ▶▶



SISTEMA DEFUNCION ELECTRONICO



4. Ingresar al Sistema.

Sistema Central de Autenticación

País **1**
URUGUAY

Tipo documento **2**
CÉDULA DE IDENTIDAD

Número de documento* **3**
Número de documento sin puntos ni guión.

Contraseña* **4**
La nueva contraseña será enviada a su correo electrónico.

5 INICIAR SESIÓN
[Restablecer contraseña](#)

SEVEN - Seleccionar Sistema

6 Certificado de Defunción

Volver

4.1 Acceder Menú General

Menú Principal



Certificado ▾

- Consultar
- Crear

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Version: v.0.0.1 - test
18 de Julio 1892. CP 11200



Bienvenido: UY-CI-12345673

Perfil ▾ ↻

[Inicio](#) / [ESTABLECIMIENTO B1](#) / [Certificado de Defunción](#)

Bienvenido: UY-CI-12345673

Perfil ▾ ↻

[Inicio](#) / [ESTABLECIMIENTO B1](#) / [Certificado de Defunción](#)



Certificado ▾

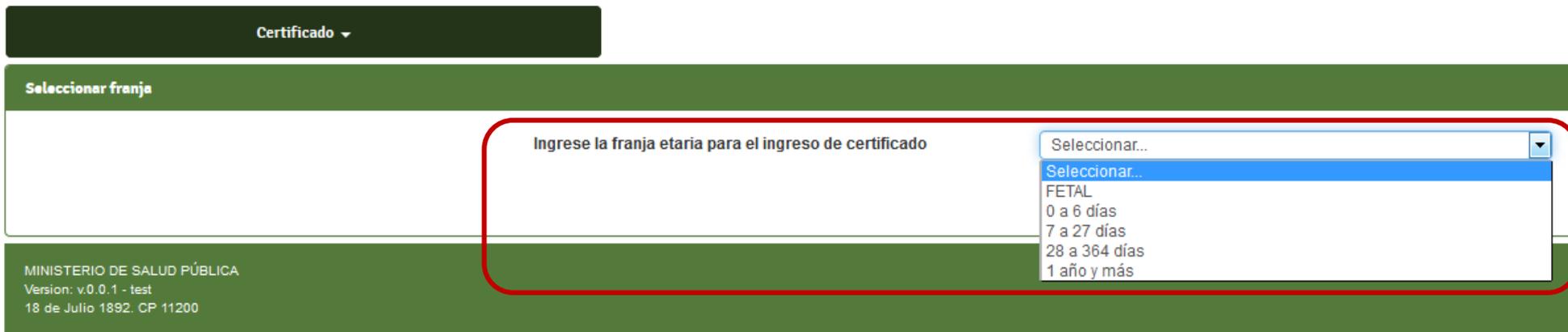
- Consultar
- Crear

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Version: v.0.0.1 - test
18 de Julio 1892. CP 11200

Seleccionar la acción que necesite realizar.

Seleccionar Franja Etaria

Una vez seleccionada la opción **CREAR** del Menú, deberá seleccionar la **FRANJA ETARIA** del fallecido para



Certificado ▾

Seleccionar franja

Ingrese la franja etaria para el ingreso de certificado

Seleccionar...
FETAL
0 a 6 días
7 a 27 días
28 a 364 días
1 año y más

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Version: v.0.0.1 - test
18 de Julio 1892, CP 11200

Ingrese la franja etaria para el ingreso de certificado

Seleccionar...

Seleccionar...

FETAL

0 a 6 días

7 a 27 días

28 a 364 días

1 año y más

Identificación y Datos personales del Fallecido

Detalle certificado

► Identificación y datos personales del fallecido

País emisor Tipo de Documento N° de Documento

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Nombre en documento Observaciones en documento

Sexo * Fecha de nacimiento

Edad en años al fallecer

Nacionalidad Credencial

Institución a la que pertenecía

¿Viv...
Etnia...
País...
¿Cu...
Acti...

Detalle certificado

► Identificación y datos personales del fallecido

País emisor

1

Tipo de Documento

2

N° de Documento

3

Identificación y Datos personales del Fallecido

Detalle certificado

► Identificación y datos personales del fallecido **4**

País emisor Tipo de Documento N° de Documento

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Nombre en documento Observaciones en documento

Sexo * Fecha de nacimiento

Edad en años al fallecer

Nacionalidad Credencial

Institución a la que pertenecía

¿Vivía en pareja? * Estado Civil *

Etnia *

País de nacimiento Departamento de nacimiento Localidad de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? * Ocupación *

Actividad principal

5

4) Al Ingresar el Número de Cédula de Identidad el Sistema consulta la Base de DNIC y devuelve los siguientes datos:

5) Si hubiere diferencias entre la información que proporciona DNIC y la información que se tiene, se debe registrar en el campo observaciones.

- Primer Nombre, Segundo Nombre
- Primer Apellido, Segundo Apellido
- Nombre en Documento
- Sexo
- Fecha de Nacimiento

Observaciones en documento

Identificación y Datos personales del Fallecido

Nota: Datos en * son obligatorios para poder guardar.

Edad en años al fallecer

Credencial

Institución a la que pertenecía *

¿Vivía en pareja? *

Etnia *

País de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? *

Actividad principal

Estado Civil *

Departamento de nacimiento

Localidad de nacimiento

Ocupación *

Edad en años al fallecer

Credencial

Institución a la que pertenecía *

¿Vivía en pareja? *

Etnia *

País de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? *

Actividad principal

Identificación y Datos personales del Fallecido



Edad en años al fallecer

Credencial

Institución a la que pertenecía *

¿Vivía en pareja? *

Etnia *

País de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? *

Actividad principal

Estado Civil *

Departamento de nacimiento

Localidad de nacimiento

Ocupación *

Estado Civil *

Departamento de nacimiento

Localidad de nacimiento

Ocupación *

Residencia habitual del Fallecido

Residencia habitual del fallecido

Situación de calle *

País de residencia * Departamento de residencia Localidad de residencia

Tipo de dirección Calle

Número de puerta Letra de la Puerta Apartamento Ruta Km

Entre Y

Manzana Solar Barrio Zona

► Residencia habitual del fallecido

Situación de calle *

País de residencia *

Tipo de dirección

Número de puerta Letra de la Puerta

Entre

Manzana Solar

Residencia habitual del Fallecido

► Residencia habitual del fallecido

Situación de calle * Seleccionar...

Pais de residencia * Seleccionar... Departamento de residencia Seleccionar... Localidad de residencia Seleccionar...

Tipo de dirección Seleccionar... Calle Ingrese una calle

Número de puerta Letra de la Puerta Departamento Ruta Km

Entre Ingrese una calle Ingrese una calle

Manzana Solar Barrio Zona Seleccionar...

► Residencia habitual del fallecido

Situación de calle * No

Pais de residencia * URUGUAY Localidad de residencia Seleccionar...

Tipo de dirección CALLE Calle * ramon

Número de puerta Letra de la Puerta

Entre Ingrese una calle Y Ingrese

Manzana Solar

- AGUIRRE, RAMON
- ALVAREZ RAMON
- ALVAREZ, RAMON
- ANADOR DR. RAMON**
- AYALA, RAMON

Lugar de la Defunción

► Lugar de defunción

Lugar de ocurrencia * Institución

Establecimiento Otro

País de ocurrencia * Departamento de ocurrencia Localidad de ocurrencia

Tipo de dirección Calle

Número de puerta Letra de la Puerta Apartamento Ruta Km

Entre Y

Manzana Solar Barrio Zona

Habilitación Dinámica de campos en función de la selección del **Lugar de Ocurrencia**.

Ej. Si ocurrió en “**Domicilio**”, se inhabilitan los campos de Establecimiento e Institución.

► Lugar de defunción

Lugar de ocurrencia * Institución

Establecimiento Otro

País de ocurrencia * Departamento de ocurrencia

Tipo de dirección Calle

Número de puerta Letra de la Puerta Apartamento Ruta

Entre Y

Manzana Solar Barrio Zona

Confirmar Datos y Guardar

Detalle certificado

► **Identificación y datos personales del fallecido**

País emisor **Tipo de Documento** **Nº de Documento**

Primer nombre **Segundo nombre**

Primer apellido **Segundo apellido**

Nombre en documento **Observaciones en documento**

Sexo * **Fecha de nacimiento**

Edad en años al fallecer

Nacionalidad **Credencial**

Institución a la que pertenecía

¿Vivía en pareja? * **Estado Civil ***

Etnia *

País de nacimiento **Departamento de nacimiento** **Localidad de nacimiento**

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? * **Ocupación ***

Actividad principal

► **Residencia habitual del fallecido**

Situación de calle *

País de residencia * **Departamento de residencia** **Localidad de residencia**

Tipo de dirección **Calle**

Número de puerta **Letra de la Puerta** **Apartamento** **Ruta** **Km**

Entre **Y**

Manzana **Solar** **Barrio** **Zona**

► **Lugar de defunción**

Lugar de ocurrencia * **Institución**

Establecimiento **Otro**

País de ocurrencia * **Departamento de ocurrencia** **Localidad de ocurrencia**

Tipo de dirección **Calle**

Número de puerta **Letra de la Puerta** **Apartamento** **Ruta** **Km**

Entre **Y**

Manzana **Solar** **Barrio** **Zona**

Una vez guardado, avisar al medico

El medico:

1. entra al sistema
2. busca el Certificado
3. lo completa
4. lo firma
5. Avisa a la Empresa
Fúnebre o Institución de
Salud que ya esta firmado

La Empresa Fúnebre o Institución de Salud:

1. busca el Certificado firmado
por el medico
2. imprime el Certificado
resumido

Búsqueda de Certificados

▶ **Datos del Fallecido** **1**

País del documento

Nombres

▶ **Otros datos** **2**

Número de certificado

Fecha de Defunción:

Lugar de defunción

Franja etaria:

▶ **Datos de la Madre** **3**

- País de documento
- Tipo de Documento
- N° de Documento
- Nombres y Apellidos

- Número de Certificado
- Fecha de Defunción – Desde y hasta
- Lugar de Defunción: Institución – Establecimiento
- Franja Etaria: Fetal, Neonatal Precoz, Neonatal. Tardío, Postneonatal, Mayor

- País de documento
- Tipo de Documento
- N° de Documento
- Nombres y Apellidos

Mostrando 1 a 13 de 13 filas

Número del CD	Documento	Nombre del fallecido	Fecha de Defunción	Lugar de defunción	Franja etaria	Estado del CDE	Ver
10	UY-CI-14754580	MIGUEL PRIMAPELLIDOdeMIGUEL SEGAPELLIDODEMIGUEL	29/10/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
9	UY-CI-10665804	JUAN - PRIMAPELLIDOdeJUAN SEGAPELLIDODEJUAN	29/10/2015	Casa de Salud/Asilo	Un año o más	Firmado	
8	UY-CI-10405802	VICENTE PRIMAPELLIDOdeVICENTE SEGAPELLIDODEVICENTE	09/01/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
7	UY-CI-10405802	PrimerNombreSegundoNombrePrimeraLetraSegundaLetra	25/11/2015	Centro Asistencial	Un año o más	Firmado	

Mostrando 1 a 13 de 13 filas

Número del CD	Documento	Nombre del fallecido
10	UY-CI-14754580	MIGUEL PRIMAPELLIDOdeMIGUEL SEGAPELLIDODEMIGUEL
9	UY-CI-10665804	JUAN - PRIMAPELLIDOdeJUAN SEGAPELLIDODEJUAN
8	UY-CI-10405802	VICENTE PRIMAPELLIDOdeVICENTE SEGAPELLIDODEVICENTE
7	UY-CI-10405802	PrimerNombreSegundoNombrePrimeraLetraSegundaLetra

6 Búsqueda de Certificados

Una vez que ha identificado el Certificado que busca, seleccione "VER"

Mostrando 1 a 13 de 13 filas

Número del CD	Documento	Nombre del fallecido	Fecha de Defunción	Lugar de defunción	Franja etaria	Estado del CDE	Ver
10	UY-CI-14754580	MIGUEL PRIMAPELLIDOdeMIGUEL SEGAPPELLIDODEMIGUEL	29/10/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
9	UY-CI-10665804	JUAN - PRIMAPELLIDOdeJUAN SEGAPPELLIDODEJUAN	29/10/2015	Casa de Salud/Asilo	Un año o más	Firmado	
8	UY-CI-10405802	VICENTE PRIMAPELLIDOdeVICENTE SEGAPPELLIDODEVICENTE	09/01/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
7	UY-CC-BOA54824	PrimerNomEall_SecNomEall_PrimerAñoEall_SecAñoEall	25/11/2015	Centro Asistencial	Un año o más	Firmado	

Fecha de Defunción	Lugar de defunción	Franja etaria	Estado del CDE	Ver
29/10/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
29/10/2015	Casa de Salud/Asilo	Un año o más	Firmado	
09/01/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
25/11/2015	Centro Asistencial	Un año o más	Firmado	

Las empresas Fúnebres podrán imprimir el Certificado de Defunción Resumido, debiendo sellarlo y firmarlo para presentarlo para su inscripción en el Registro Civil.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO		
		
Código tipo de Enfermedad (A, B o C)	Nº. 000000 ORIGINAL/COPIA/ENMIENDA ORIGINAL/ENMIENDA COPIA Motivo de la emisión de la copia:	
DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO		
Primer Apellido	Segundo Apellido	
Primer Nombre	Segundo Nombre	
Nom. en Documento		
Obs. sobre documento		
Documento	Tipo y Número de Documento	
Sexo	País emisor	
País de nacimiento	Fecha de nacimiento	
	Nacionalidad	
LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN		
Lugar de la Defunción	Nombre de Institución y Establecimiento ó Indica Lugar de Defunción (Domicilio, Via Pública, Otro)	
Otra Designación	En caso de Lugar de Defunción = Otro, se detalla aquí el lugar	
Fecha de defunción	Hora de defunción	
Departamento	Localidad	
Calle	Número	
Entre	Y entre	
Ruta	Km	
Manzana	Solar	
Barrio	Zona	
DATOS ESTADÍSTICOS		
Estado Civil	Credencial Cívica	
Actividad Principal	Ocupación	
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		
Departamento	Localidad	
Calle	Número	
Entre	Y entre	
Ruta	Km	
Manzana	Solar	
Barrio	Zona	
MÉDICO FIRMANTE - Firmado el día: Fecha y Hora de Firma		
El profesional médico firmante se encuentra debidamente habilitado por el MSP para firmar el presente Certificado de Defunción.		
Cédula Nº.	Nº CJPPU	
Nombre		
El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente.		
_____	_____	_____
Firma del Responsable	Aclaración de Firma	Nº de Documento
		Impreso el: Fecha y Hora
CONSTANCIA REGISTRO CIVIL		
El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente.		
_____	_____	_____
Firma del Responsable	Aclaración de Firma	Nº de Documento
		Impreso el: Fecha y Hora
CONSTANCIA REGISTRO CIVIL		
El Oficial del Registro de Estado Civil de la _____ Sección Judicial del Departamento de _____ hace constar que en el acta _____ de la foja _____ del libro _____ del Registro de Defunciones de fecha _____ ha sido inscripta la defunción que se refiere en el presente comprobante.		
Firma del Oficial del Registro de Estado Civil		

MÉDICO FIRMANTE - Firmado el día: Fecha y Hora de Firma		
El profesional médico firmante se encuentra debidamente habilitado por el MSP para firmar el presente Certificado de Defunción.		
Cédula Nº.		Nº CJPPU
Nombre		
El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente.		
_____	_____	_____
Firma del Responsable	Aclaración de Firma	Nº de Documento
		Impreso el: Fecha y Hora
CONSTANCIA REGISTRO CIVIL		

“El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, **Empresas Fúnebres** o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente”

Enmiendas previo firma de Certificados

Se podrán modificar todos los datos patronímicos registrados **a excepción de los que devuelve DNIC.**

- Primer Nombre, Segundo Nombre
- Primer Apellido, Segundo Apellido
- Nombre en Documento
- Sexo
- Fecha de Nacimiento

Enmiendas posteriores a la firma de Certificados por parte del médico

Se podrán modificar únicamente los siguientes datos:

- Identificación de madre y padre de menores.
- Estado Civil
- Credencial Cívica
- Educación
- Ocupación
- Actividad principal
- Lugar de residencia del fallecido o de la madre.

El Sistema indicará cuando se trata de la impresión de una enmienda o de una copia y se deberá detallar, debajo manualmente el motivo de la emisión de la copia o enmienda.



Código tipo
de Enfermedad
(A, B o C)

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO

Nº. XXXXXX

ORIGINAL/COPIA/ENMIENDA ORIGINAL/ENMIENDA COPIA
Motivo de la emisión de la copia:

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Com. en Documento			
Obs. sobre documento			
Documento	Tipo y Número de Documento	País emisor	
Sexo		Fecha de nacimiento	
Año de nacimiento		Nacionalidad	

LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN

Lugar de la Defunción	Nombre de Institución y Establecimiento ó indica Lugar de Defunción (Domicilio, Vía Pública, Otro)
Otra Designación	En caso de Lugar de Defunción = Otro, se detalla aquí el lugar

Guía Rápida para Empresas Fúnebres

Nombre Sistema:	Certificado de Defunción Electrónico
Versión del Sistema:	V2.0
Versión Guía Rápida:	V1.0
Fecha Vigencia:	Enero 2016.