



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 1  
SECRETARIA 1  
TERCERA CIRCUNSCRIPCIÓN  
JUDICIAL



**OFICIO N° 26988677/2024**

Eldorado, Misiones 11 de Noviembre del año 2024

AL SEÑOR JEFE  
DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS  
ELDORADO - MISIONES  
SU DESPACHO:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición de S.S. en el **Expte. N° 56958/2024** caratulado **“RAMIREZ MAURICIO ARIEL S/ ROBO EN GRADO DE TENTATIVA”** que se tramita por este Juzgado de Instrucción N° 1 Secretaria N° 1, sito en Av. San Martín N° 1569 - 1º piso, de la Ciudad de Eldorado, Misiones, con el objeto de **SOLICITAR** se remita a esta judicatura Copia certificada del Acta de Defunción del imputado de autos, quien fuera en vida **RAMIREZ MAURICIO ARIEL**, con 46 años de edad, de estado civil soltero, de profesión u ocupación changarín, nacido en la localidad de Jardín América, Misiones, el día 9 de Junio de 1978, domiciliado en Barrio Sarmiento calle Río Deseado sin numero (Carnicería “La Suerte” casa de su tío el ciudadano Ricardo Encina) Km. 6 de esta localidad; no sabe leer ni escribir, sin instrucción, de Nacionalidad Argentino, Titular del DNI. Nro 26.518.039, hijo de María Felicia Ramirez, padre desconocido, a los fines de ser agregadas al mencionado Expediente.-

Diligenciado vuelva a Origen.-

Sin otro particular saludo a Ud. con atenta consideración.-

POSADAS, 25 de marzo de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A**  
**JUZGADO DE INSTRUCCION N° 1**  
**DE LA 3° CIRCUNSC. JUDICIAL**  
**ELDORADO - MISIONES**  
**S / D**

**Nota N° 434 / 2025.-**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 28132335/2025** de fecha 11 de noviembre de 2024, librado en autos caratulados **“Expte. N° 56958/2024 - RAMIREZ MAURICIO ARIEL S/ ROBO EN GRADO DE TENTATIVA”**. A tal efecto, previo a dar cumplimiento a lo ordenado, le solicitamos tenga a bien remitir a esta Dirección General, Oficio Original con la transcripción íntegra de la Sentencia de S.S. instruyendo a este Registro registrar la Defunción de Ramírez Mauricio Ariel, atento al tiempo transcurrido y lo previsto por el artículo 60, 63, 80 y consecuentes de la Ley 26413 y Disposición Interna de este Registro N° 1660/2020, adjuntando al mismo copia certificada del certificado médico de defunción.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO  
Viviana  
Cristina Raquel

Firmado digitalmente  
por CASTILLO Viviana  
Cristina Raquel  
Fecha: 2025.03.25  
11:43:49 -03'00'

Signature Not Verified

Digitally signed by  
BECKER Marilina Yolanda  
Date: 2024.09.26 07:59:12  
ART  
Reason: Poder Judicial de  
la Provincia de Misiones

Provincia de Misiones  
Ministerio de Salud Pública  
Programa Nacional de Estadística de Salud

Formulario de Entrega Gratuita

### CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ REGISTRO CIVIL DE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_  
Fecha de inscripción \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
TOMO \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ ACTA \_\_\_\_\_

CERTIFICO que Don/ña NN SUPUESTO RAMIREZ MAURICIO ARIEL Varón  Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. \_\_\_\_\_ Domiciliado/a en calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Años de edad, Nacido el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ Estado Civil (1) \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Profesión u ocupación \_\_\_\_\_

Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Dia 24 de Septiembre de 2024 a las 07:50 horas en: MISIONES.

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1  No 2  Lo atendió el médico Sí 1  No 2

o lesión que le produjo la muerte? No 2  que suscribe No 2

Causa de la defunción a) TRAUMATISMO CRANEENCEFALICO GRAVISIMO b) \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurrió el hecho: HOSPITAL, SAMIC ELDORADO MISIONES

PROFESIONAL CERTIFICANTE  
Nombre y Apellido BECKER MARILINA Matricula Profesional Nº M05010

Domicilio Profesional: Calle AVENIDA LEANDRO N ALEM Nº 3417 Dto. \_\_\_\_\_ Piso 3

Localidad POSADAS Teléfonos \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSADAS  
Fecha: 25 de SEPTIEMBRE de 2024 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

(1) Llenar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(B) Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico

## Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

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

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

<b>2</b> Departamento o Partido	<b>3</b> Delegación o Registro Civil	Número	<b>4</b> TOMO	<b>4</b> FOLIO	<b>4</b> ACTA
---------------------------------	--------------------------------------	--------	---------------	----------------	---------------

<b>1</b> Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
-------------------------------	-----	-----	-----

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

<b>5</b> ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	Pasará a Preg. <b>7</b>	<b>6</b> Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	-------------------------------	-------------------------	---	-------------------------------	--

**7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN**

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.  Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.  II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	a) TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAVISIMO  b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)  c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE    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 ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue 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 CUMPLIDOS**

* Estuvo embarazada en los últimos doce meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	Continuar abajo	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	Día	Mes	Año
--	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	-----------------	---	-----	-----	-----

La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1  Parto 2  Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s NN SUPUESTO RAMIREZ	Nombre/s MAURICIO ARIEL	D.N.I. Nº
-----------------------------------	----------------------------	-----------

<b>10</b> Fecha de la defunción	Día	Mes	Año	<b>11</b> Fecha de nacimiento
---------------------------------	-----	-----	-----	-------------------------------

**12** Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

\* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años      Años

\* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días      Meses      Dias

\* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos      Horas      Minutos

**13** Sexo

Masculino 1

Femenino 2

Indeterminado 3

**14** Ocurrió en...

* Establecimiento de salud público 1 <input type="checkbox"/> * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/> * Vivienda (domicilio) particular 3 <input type="checkbox"/> * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 <input type="checkbox"/>	} } } }	} } } }	} } } }	} } } }	} } } }	} } } }
---	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

**15** Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: HOSPITAL SAMIC DE ELDORADO

Localidad/Paraje \_\_\_\_\_ Departamento o Partido ELDORADO

Provincia MISIONES

**16** Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: ----

Localidad/Paraje \_\_\_\_\_ Departamento o Partido \_\_\_\_\_ Pais \_\_\_\_\_

Provincia (o país para extranjeros) \_\_\_\_\_

**17** Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

\* Obra Social 1       \* Plan de salud privado o mutual 2       \* Ambos 3       \* Ninguno 4

Continúa al dorso

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

## SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

### DATOS DEL FALLECIDO

18. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	--

19. Cuál era su situación laboral?

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

20. Cuál era su ocupación habitual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No Usar

## SÓLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

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

**MADRE**

21. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	--

22. Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años

23. La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1  → Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente

No 2  → Pasar a Preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

### DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

**PADRE**

24. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	--

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

**PADRE / MADRE**

25. Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja 2 
  - Busca trabajo
  - No busca trabajo 3

26. Cuál es su ocupación habitual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No Usar

## COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

### DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

27. Cuál fue el peso del niño al nacer?

• gramos

28. Cuál fue su peso al morir?

• gramos

29. Nació de un embarazo...

- Simple 1  → ir a pregunta siguiente
- Múltiple 2  → el que  niños vivos, y produjo:  defunciones fetales

30. Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas

31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

Día  Mes  Año

32. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre?

• embarazos

33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

• y cuántas defunciones fetales?

### PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>BECKER MARILINA</u>	Matrícula Profesional N° <u>M05010</u>	Firma _____
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Profesional: Calle <u>AVENIDA LEANDRO N ALEM</u> N° <u>3417</u>	Localidad: <u>POSADAS</u>	Teléfono: _____ Sello _____

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los <sup>23</sup>.....  
del mes de <sup>NOVI</sup>..... de 20<sup>25</sup>....., ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.

Nº <sup>709-1-25</sup>..... oficio Nº <sup>20132335</sup>..... de fecha.....

..... Fº <sup>118</sup>.....

en <sup>Expte Nº 56958 / 2024</sup> <sup>LÓPEZ</sup> <sup>AMELUCIO</sup>

<sup>AMEL 5 / ROBO en grado de TENTATIVA</sup>

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; Libro n° <sup>05</sup>..... Folio <sup>110</sup>..... Año <sup>2025</sup>.....

Trámite.....

.....

**IVIANA C. R. CASTILLO**  
Jefa Dpto. Despacho  
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
6	1108	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO  
 República Argentina, a Veintisiete de Mayo  
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de RAMIREZ Mauricio Ariel  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión \_\_\_\_\_ Doc. Ident DNI: 26518039  
 Domicilio B° Sarmiento - Calle Rio Deseado - Km 6 - Eldorado - Misiones  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en San Ignacio - Misiones el 09 de Junio de 1978  
 Ocurrida en: Hospital Samic de Eldorado - Misiones  
 El 24 de Septiembre de 2024, a las 07:50 horas  
 Causa de la Defunción: Traumatismo Craneoencefálico Gravisimo  
 Certificado Médico: MEDICO MARILINA YOLANDA BECKER  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: \_\_\_\_\_ Doc. Ident: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Obra en Virtud de OFICIO N° 26988677/2024.EXPTE. N° 56958/2024 de fecha 11 de Noviembre de 2024. Venido del Juzgado de Instrucción N° 1, Secretaría N° 1 de la Tercera Circunscripción Judicial de Eldorado - Misiones. Fdo. Dr. Rene Edgardo VERTACNIK, Secretario. Ref. Expte. N° 709 - J - 2025 R.P.P.



*Rodriguez Juan Carlos*  
**RODRIGUEZ JUAN CARLOS**  
 Delegado Titular  
 Registro Provincial de las Personas

POSADAS, 17 de Julio de 2025.-

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 56958/2024 RAMIREZ MAURICIO  
ARIEL S/ ROBO EN GRADO DE TENTATIVA  
JUZGADO INTERVINIENTE  
S/D.-**

Tengo el Honor de Dirigirme a V.S. a los  
fines de remitir expte cumplimentado.-

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por: GOMEZ  
Mikaela Elizabeth  
Fecha y hora: 18.07.2025 06:52:32