



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N°1  
SECRETARIA 2

FOLIO  
Nº \_\_\_\_\_

**OFICIO: 29902231**

Eldorado, Misiones, 08 de Agosto de 2025.

**SEÑORA DIRECTORA**

**DEL REGISTRO DE LAS PERSONAS**

**DE LA PROVINCIA DE MISIONES**

**SU DESPACHO**

Tengo el agrado de dirigirme a usted, por disposición de S.S. en los autos caratulados **Expediente N° 32563/2025 DRA. ANA MARIA MAYERHOEFER S/ SOLICITA INSCRIPCION DE DEFUNCION DE QUIEN EN VIDA FUERE RODRIGUEZ ANGEL**, en trámite por ante el JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 1, a cargo de la Dra. Rodriguez María Laura, SECRETARIA 2, con sede en Av. San Martin N° 1569, **a fin de DISPONER la INSCRIPCION DE SU DEFUNCION, de quien en vida fuera: RODRIGUEZ ANGEL, D.N.I. N° 13.303.918 de nacionalidad Argentina, Fecha de Nacimiento: 28/08/1957, en Eldorado Mnes, Fecha de defunción: 17/07/2024**, según el informe de sistema de estadísticas vital realizada por el Dr. Bulman Eduardo M.P. N.º 4472 , conforme a lo determinado en los Artículos 70, 67 y concordantes de la Ley 26.413, conforme lo resuelto en los autos de mención, transcribo la parte pertinente de la resolución que ordena la presente: "//Eldorado, Mnes., 07 de Agosto del 2025....**AUTOS Y VISTOS:** El presente Expediente N° 32563/2025 Caratulado "DRA. ANA MARIA MAYERHOEFER S/ SOLICITA INSCRIPCION DE DEFUNCION DE QUIEN EN VIDA FUERE RODRIGUEZ ANGEL"....Y CONSIDERANDO:...RESUELVO: I) PROCEDASE a la **AUTORIZACIÓN** a los fines de proceder a la **INHUMACIÓN** de quien en vida fuera RODRIGUEZ ANGEL, D.N.I. N° 13.303.918, quien ha fallecido en fecha 17/07/2024 , conforme al Informe Estadístico de Defunción realizado por el Dr. Chazarreta Leonardo M.P. MO5083. Así también y en consecuencia, se ha autorizado la expedición de la **LICENCIA DE INHUMACIÓN** y la **INSCRIPCION DE SU DEFUNCION**, conforme a lo determinado en los Artículos 70, 67 y concordantes de la Ley

26.413.-NOTIFIQUESE. OFICIESE. CUMPLASE. OPORTUNAMENTE  
ARCHÍVESE// Firmado Dra. Maria Laura Rodriguez JUEZ, Fdo. Dra. Petrasek  
Carmen Soledad, SECRETARIA.-

Sin otro particular. Saludo a Usted muy atentamente..-

# Dyo: 1958

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de Inscripción      Día      Mes      Año

TOMO      FOLIO      ACTA

CERTIFICO que Don/ña

D.N.I. / L.C. / C.I.

Domiciliado/a en calle

Varón

Mujer

Localidad

Provincia

de 68 Años de edad, Nacido el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1958

en \_\_\_\_\_

Estado Civil (1)

Nacionalidad

Profesión u ocupación

Ha fallecido de:

Enfermedad

Muerte Violenta

El Día 11 de Mayo de 2004 a las 12:00 horas en: \_\_\_\_\_

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad

Sí 1

Lo atendió el médico

Sí 1

o lesión que le produjo la muerte?

No 2

que suscribe

No 2

Causa de la defunción a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurrió el hecho:

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido

Matrícula Profesional N°

8083

Domicilio Profesional: Calle \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Dto. \_\_\_\_\_

Piso \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: \_\_\_\_\_

Dr. Chazarreta Leonardo  
Esp. en Ortopedia y Traumatología  
M.P. MO5083

Fecha: 24 de Mayo de 2004

FIRMA Y SELLLO DEL MEDICO

(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

2 Departamento o Partido

3 Delegación o Registro Civil

Número

1 Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
4 TOMO	FOLIO	ACTA	

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

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?

Si 1

No 2

→ Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico

Si 1

No 2

que suscribe?

INTERVALO APROXIMADO ENTRE  
EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD  
Y LA MUERTE

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

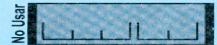
a) *Pase arriba Auto Mortis causa*

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)



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?

Si 1  No 2  Continuar  
Se ignora 9  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 *Rodríguez*

Nombre/s *Rodríguez*

D.N.I. N°

*13308918*

10 Fecha de la defunción

Día Mes Año

*18/02/2014*

11 Fecha de nacimiento

*28/08/1958*

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

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

Años *60*

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

Meses *00*

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

Días *00*

Horas *00*

Minutos *00*

13 Sexo	Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Femenino 2 <input type="checkbox"/>
	Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>

13 Ocurrió en...

\* Establecimiento de salud público

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

\* Establecimiento privado, obra social, etc.

1  } → \_\_\_\_\_

\* Vivienda (domicilio) particular

2  } Pasar a Preg. 15 \_\_\_\_\_

\* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)

3  } \_\_\_\_\_

4  } \_\_\_\_\_

14 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: *9*

Localidad/Paraje *Eduar*

Departamento o Partido *Eduar*

Provincia *Murcia*

15 Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: *9*

Localidad/Paraje *Eduar*

Departamento o Partido *Eduar*

Provincia (o país para extranjeros) *Murcia*

País

16 Pertencia 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

17 Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

# SISTEMA DE ESTADISTICAS 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)

- |                          |            |          |                             |            |          |
|--------------------------|------------|----------|-----------------------------|------------|----------|
| • Nunca asistió          | 01         |          | S.E. Reformado              | Incompleto | Completo |
| • S.E. No reformado      | Incompleto | Completo | -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11         | 12       |
| -- Primario              | 02         | 03       | -- Ciclo EGB 3ro.           | 13         | 14       |
| -- Secundario            | 04         | 05       | -- Polimodal                | 15         | 16       |
| Superior o universitario | 06         | 07       |                             |            |          |

19 Cuál era su situación laboral?

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

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

- |                            |            |          |                             |            |          |
|----------------------------|------------|----------|-----------------------------|------------|----------|
| • Nunca asistió            | 01         |          | S. E. Reformado             | Incompleto | Completo |
| • S. E. No reformado       | Incompleto | Completo | -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11         | 12       |
| -- Primario                | 02         | 03       | -- Ciclo EGB 3ro.           | 13         | 14       |
| -- Secundario              | 04         | 05       | -- Polimodal                | 15         | 16       |
| • Superior o universitario | 06         | 07       |                             |            |          |

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

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

- |                            |            |          |                             |            |          |
|----------------------------|------------|----------|-----------------------------|------------|----------|
| • Nunca asistió            | 01         |          | S. E. Reformado             | Incompleto | Completo |
| • S. E. No reformado       | Incompleto | Completo | -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11         | 12       |
| -- Primario                | 02         | 03       | -- Ciclo EGB 3ro.           | 13         | 14       |
| -- Secundario              | 04         | 05       | -- Polimodal                | 15         | 16       |
| • Superior o universitario | 06         | 07       |                             |            |          |

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

25 Cuál era su situación laboral?

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

29 Nació de un embarazo...

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

28 Cuál fue su peso al morir?

• gramos

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?

Médico 1

Apellido y nombre:  
Domicilio  
Profesional: Calle \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_

Matrícula Profesional N°

5083

Firma

Nº 30

DR. Chazarreta Leonardo  
Exp. en Ortopedia y Traumatología  
Sello

Otro 2

Localidad: El Salvador

Teléfono:

# SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 20.....

del mes de ABRIL de 2025, ante mí, Jefe del Depto. Jurídico

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

Nº 2429-1-15 Oficio N° 29902231 d. fecha 2025

bajo el n° 756015 286 .....

en Expte N° 3 2563 | 2025 DIA 01/04/2025

MAYER HOFER S. | SOLICITO 2 IMPRESIONES

de impresión de puerta envíos faxe ROMAGOS (...)

de cuyo contenido doy fe. Referencia archivo: Libro n° 09 folio 35 Año 2025

Trámite.....

VIVIANA R. CASTILLO  
Jefa de Firma  
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de  
las Personas

112

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
10	1912	2025

## DEFUNCIÓN

En ..... **Capital - SECC. 1º CENTRO**  
República Argentina, a ..... **Veintidós** de ..... **Agosto**  
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de .....  
**RODRIGUEZ Angel**  
Sexo: ..... **MASCULINO** Nacionalidad: ..... **ARGENTINA**  
estado ..... **N/D**  
profesión ..... Doc. Ident ..... **DNI: 13303918**  
Domicilio ..... **Julio Sosa y Formosa - Km 9 - Eldorado - Misiones**  
Hijo de: .....  
y de: .....  
Nacido en ..... **Provincia De Misiones** el ..... **28** de ..... **Agosto** de ..... **1957**  
Ocurrida en: ..... **Julio Sosa y Formosa - Km 9 - Eldorado - Misiones**  
El ..... **17** de ..... **Julio** de ..... **2024**, a las ..... **18:00** horas  
Causa de la Defunción: ..... **Paro Cardio Respiratorio No Traumático**  
Certificado Médico: ..... **MEDICO LEONARDO M. CHAZARRETA MARQUEZ**  
Era cónyuge de: .....  
Declarante: ..... Doc. Ident: .....  
Domicilio: .....  
Obra en Virtud de **OFICIO N° 29902231 EXPTE. N° 32563/2025 de fecha 08 de Agosto de 2025**. Venido del Juzgado de Instrucción N° 1, Secretaría N° 2 de la Tercera Circunscripción Judicial de Eldorado - Misiones. Fdo. Dra. María Laura RODRIGUEZ, Juez. Fdo. Dra. Carmen Soledad PETRASEK, Secretaria. Ref. Expte. N° 2429 - J - 2025 R.P.P.



RODRIGUEZ JUAN CARLOS  
Delegado Titular  
Registro Provincial de las Personas

74d6f5bda24acb755767449631d17282



**2025 - “Año de la Protección Integral para  
Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el  
Abuso, la  
Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por  
la  
Accesibilidad Digital para Personas con  
Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a  
los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la  
Concientización y Promoción de la Funga Misionera”**

POSADAS, 05 de diciembre de 2025

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 32563/2025 DRA. ANA MARIA  
MAYERHOEFER S/ SOLICITA INSCRIPCION DE DEFUNCION  
DE QUIEN EN VIDA FUERE RODRIGUEZ ANGEL  
JUZGADO INTERVINIENTE  
S/D.-**

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

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por: GOMEZ  
Mikaela Elizabeth  
Fecha y hora: 05.12.2025 10:17:06