



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº1
SECRETARIA 2



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 INSCRIPCIÓN DE SU DEFUNCIÓN, 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 **INSCRIPCIÓN DE SU DEFUNCIÓN**, 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. Petrsek
Carmen Soledad, SECRETARIA.-

Sin otro particular. Saludo a Usted muy atentamente.-

Dpto: 1952

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción

Día	Mes	Año

TOMO

FOLIO	ACTA

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

CERTIFICO que Don/ña

Varón ☒

Mujer ☐

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

Domiciliado/a en calle

Nº

Localidad

Provincia

de

Años de edad

Nacido el

de

de

de

en

Estado Civil (1)

Nacionalidad

Profesión u ocupación

Ha fallecido de:

Enfermedad ☒

Muerte Violenta ☐

El Día

de

de

de

a las

horas en:

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

¿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)

Por causa de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

Lugar donde ocurrió el hecho:

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido

Matrícula Profesional Nº

Domicilio Profesional: Calle

Nº

Dto.

Piso

Localidad

Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar:

Fecha:

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

de

Dr. Chazarreta Leonardo
Esp. en Ortopedia y Traumatología
N.º P. MO5083

FIRMA Y SELLO 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

1	Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
2	Departamento o Partido	3	Delegación o Registro Civil	Número
4	TOMO	FOLIO	ACTA	

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

5	¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?	Si 1 ☒ No 2 ☐	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Si 1 ☐ No 2 ☒
7	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN				
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		a) <u>Para causa de muerte</u>			INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
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 ☐ Se ignora 9 ☐	* 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 <u>Alvarez</u>		Nombre/s <u>Myriam</u>		D.N.I. N° <u>13308918</u>	
10	Fecha de defunción	Día Mes Año	11	Fecha de nacimiento	Día Mes Año
		<u>11/02/2014</u>			<u>28/08/1958</u>
12	Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)				
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años					
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días					
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos					
Años <u>68</u>		Meses		Días	
Horas		Minutos		Sexo	
				Masculino 1 ☒ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐	
14	Ocurrió en...				
* Establecimiento de salud público					
* Establecimiento privado, obra social, etc.					
* Vivienda (domicilio) particular					
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)					
Nombre del establecimiento: <u>El Hospital</u>					
15	Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>9</u>				
Localidad/Paraje <u>El Lirio</u>		Departamento o Partido <u>El Lirio</u>		Provincia <u>Morón</u>	
16	Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>9</u>				
Localidad/Paraje <u>El Lirio</u>		Departamento o Partido <u>El Lirio</u>		Provincia (o país para extranjeros) <u>Morón</u>	
17	Pertenece 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)

• Nunca asistió	01	☐
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 ☐	03 ☐
-- Secundario	04 ☐	05 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 ☐	12 ☐
-- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
-- Polimodal	15 ☐	16 ☐

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. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 ☐	03 ☐
-- Secundario	04 ☐	05 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 ☐	12 ☐
-- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
-- Polimodal	15 ☐	16 ☐

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. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 ☐	03 ☐
-- Secundario	04 ☐	05 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 ☐	12 ☐
-- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
-- Polimodal	15 ☐	16 ☐

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

28. Cuál fue su peso al morir? • gramos

29. Nació de un embarazo...

• Simple 1 ☐ → Ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 ☐ → el que produjo: niños vivos, y 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 ☒ Apellido y nombre Dr. Chazarreta Matricula Profesional N° 583 Firma [Firma]

Otro 2 ☐ Domicilio [Domicilio] N° 9/2 Sello [Sello]

Profesional: Calle [Calle] Localidad: [Localidad] Teléfono: [Teléfono]

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

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

del mes de AGOSTO de 2025, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

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

Nº 2429-1-15 29902231 de fecha.....

..... bajo el nº 256015 nº 286.....

en Expte Nº 2563 / 2025 DRA ANA MARIN

MAYERHOEFER S/ Solicito Impeachment.

de depuración de puem envios ferre Rodriguez (..)

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; libro nº 09 folio 35 Año.... 2025

Trámite.....

VIVIANA RASTILLO
Jefa de Dpto. Jurídico
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

112

Tomo	Acta	Año
10	1912	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
República Argentina, a Veintidós de Agosto
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN 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, Secretaria 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



REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

**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