



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 2
SECRETARÍA SECRETARÍA 2, IV
CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL
ESTADOS UNIDOS 663 Y 665
JARDIN AMERICA, MISIONES



Jardín América, Misiones, 25 de Septiembre de 2025 .-
OFICIO-AED-ID: 30578468.-

A LA SEÑORA DIRECTORA
REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
DE LA PROVINCIA DE MISIONES
POSADAS - MISIONES
S _____/____ D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición de S.S. en **EXPTE.Nº 146984/2025** caratulado "**CRIA. HIPOLITO YRIGOYEN UR-IX S/ SOLICITA INSCRIPCION DE DEFUNCION EN R.P.P. DE BENITEZ, SABINA EN SRIO. Nº 30/2023**" que se instruye por ante este Juzgado de Instrucción Nº 2 de la IV C.J., sito en calle Estados Unidos 663/665 de Jardín América, Mnes., correo electrónico institucional: juzgadoinstruccion2.jardinamerica@jusmisiones.gov.ar, Teléfono: (03743 461719, a cargo de S.Sa. Dr. ROBERTO ANTONIO SENA, SECRETARÍA 2 a mi cargo, llevando a su conocimiento que deberá dar cumplimiento a lo dispuesto en autos que transcribo en su parte pertinente que dice:"(... **I.- AUTORIZAR** se proceda a la **INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN** de quien en vida fuera **SABINA BENITEZ (24), DNI 46.304.489**, quien falleció en fecha 11 de Agosto de 2023 a las 22:30hs, en la Aldea Guaporaity de la localidad de Hipolito de Irigoyen, Misiones, según consta en el Certificado de Defunción expedido por el MILTON DARIO ACOSTA, MP M00291, y lo establecido por la Disposición Nº 1216/2020 del Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones y los arts. 70 y 67 de la Ley 26.413.- **II.- REMITIR** al Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones el certificado de defunción, el acta del sistema de estadísticas

Digitally signed by BAREIRO Miguel Angel
Date: 2025.09.25 10:37:27 AM
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnología
Informática

vitales y copia de DNI de la ciudadana **SABINA BENITEZ (24), DNI 46.304.489**, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el punto anterior (...⁶. Fdo. DR. ROBERTO ANTONIO SENA, Juez de Instrucción, DR. MIGUEL ANGEL BAREIRO, SECRETARIO.-

Sin otro particular, saludo a Ud., con distinguida consideración.-

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Instituto Provincial de Estadística de Salud

Signature Not
Verified

ACTA DE DEFUNCION

Formulario de Entrega Gratuita

Digitally signed by
ACOSTA Milton Dario

Date: 2023.08.15

09:38:27 ART

Reason: Poder Judicial

de la Provincia de

Misiones

Localidad

en

Misiones

Ha fallecido de:

Enfermedad

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad

o lesión que le produjo la muerte?

Causa de la defunción

Lugar donde ocurrió el hecho:

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido

Domicilio Profesional: Calle

Localidad

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar:

Fecha:

de

de

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

Benítez Sabina

Varón ☐ Mujer ☒

Domiciliado/a en calle s/calle, s/nº, Comunidad Leoni Poty

Nº

Provincia Misiones

de 24 Años de edad, Nacido el 9 de diciembre

de 1.999

Estado Civil (1)

Nacionalidad argentina

Profesión u ocupación

El Día 11 de agosto de 2023 a las 223 horas en: Al.Guaporaty

Sí 1 ☐ Lo atendió el médico

Sí 1 ☐

No 2 ☒ que suscribe

No 2 ☒

Muerete Subita

Síndrome Convulsivo

a)

b)

Aldea guaporaity (hipolito de Irigoyen)

Milton Dario Acosta

Matricula Profesional Nº MPM00291

Rebollo

Nº 1488

Dto.

Piso

Pdas-Mnes

Teléfonos

Morgue Judicial

12 de abril de 2023

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

SISTEMA DE ESTADISTICAS 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	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?	Sí 1 ☐	No 2 ☒	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 ☐	No 2 ☒
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN							
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		a) Muerte Subita		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) Sme convulsivo					
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)					
		No Usar					
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)							
a) Indicar si fue por:		* Accidente 1 ☐		* Suicidio 2 ☐		* Homicidio 3 ☐	
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 ☐		No 2 ☐		Se ignora 9 ☐	
		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 Benítez		Nombre/s Sabina		D.N.I. N° 46.304.489		
10	Fecha de la defunción	Día 1	Mes 1	Año 2	11	Fecha de nacimiento
		1	0	2		09/12/1999
12	Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	13				Sexo
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años		Años 24		Masculino 1 ☐		
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días		Meses		Femenino 2 ☒		
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Horas		Indeterminado 3 ☐		
14	Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:				
* Establecimiento de salud público		Aldea Guaporaity				
* Establecimiento privado, obra social, etc.		(Hipólito de Irigoyen)				
* Vivienda (domicilio) particular		No Usar				
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)						
15	Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: Aldea Guaporaity					
Localidad/Paraje Hipólito de Irigoyen		Departamento o Partido San Ignacio				
Provincia Misiones						
16	Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: s/calle, s/n°, Comunidad Leoni Poty					
Localidad/Paraje Pto Leoni		Departamento o Partido Gral San Martín		País		
Provincia (o país para extranjeros) Misiones						
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 ESTADISTICAS 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. 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 Acosta Milton Dario Matricula Profesional N° MPM00291 Firma _____

Otro 2 ☐ Domicilio _____

Profesional: Calle Rebollo N° 1488

Localidad: Pdas-Mnes Teléfono: _____ Sello _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 28
del mes de OCTUBRE de 20 25, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

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

Nº 3049-125 oficio Nº 30578468 de fecha.....

..... bajo el nº 256545 Fº 67

en Expte Nº 146984 / 2025 CRIS. Hipólito

Yrigoyen UR-1x solicitante inscripción de

defunción en RPP. de Beltréz Sabina (m)

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; Libro nº 12 Folio 144 Año 2025

Trámite.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ELOISA ARACI SOSA
Jefa Dpto. Inspección
Registro Provincial de las Personas





Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

91

Tomo	Acta	Año
13	2491	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
República Argentina, a Treinta de Octubre
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de BENITEZ Sabina
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión Doc. Ident DNI: 46304489
Domicilio Campo Grande - Misiones
Hijo de:
y de:
Nacido en Provincia De Misiones el 09 de Diciembre de 1999
Ocurrida en: Aldea Guaporaity - Hipolito Irigoyen - Misiones
El 11 de Agosto de 2023, a las 22:30 horas
Causa de la Defunción: Muerte Súbita - Síndrome Convulsivo
Certificado Médico: MEDICO MILTON DARIO ACOSTA
Era cónyuge de:
Declarante: Doc. Ident:
Domicilio:
Obra en Virtud de OFICIO ID 30578468.EXPTE.N° 146984/2025 de fecha 25 de Septiembre
de 2025.Venido del Juzgado de Instrucción N° 2.Secretaría N° 2 de la Cuarta
Circunscripción Judicial de Jardín América - Misiones.Fdo.Dr. Roberto Antonio
SENA,Juez.Fdo.Dr. Miguel Angel BAREIRO.Secretario.Ref.Expte.N° 3048 - J - 2025 R.P.P.



RODRIGUEZ JUAN CARLOS
Delegado Titular
Registro Provincial de las Personas

12a72b2c150dad5f17d7df97fe9fe960



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 146984/2025 CRIA. HIPOLITO YRIGOYEN UR-IX S/ SOLICITA INSCRIPCION DE DEFUNCION EN R.P.P. DE BENITEZ SABINA EN SRIO. N° 30/2023
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 10:17:28