



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 2
SECRETARÍA SECRETARÍA 2, IV
CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL
ESTADOS UNIDOS 663 Y 665
JARDÍN AMÉRICA, MISIONES

FOLIO
Nº _____

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. N° 30/2023**" que se instruye por ante este Juzgado de Instrucción N° 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 Guaporaty 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 N° 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 BAREIBO Miguel Angel
Date: 2022-09-29 10:37:27 ART
Name: BAREIBO Miguel Angel
Location: Secretaría de Tecnología
Information

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 Nacional de Estadística de Salud
Signature Not
Verified

Formulario de Entrega Gratuita

DEPARTAMENTO DE DEFUNCION

Digitally signed by
ACOSTA Milton Dario

Date: 2023.08.15

09:38:27 ART Jue Don/ña Benitez Sabina

Reason: Poder Judicial

de la Provincia de

Misiones

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción

Día

Mes

Año

TOMO

FOLIO

ACTA

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

en Misiones Estado Civil (1) Nacionalidad argentina Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 11 de agosto de 2023 a las 223 horas en: Al.Guaporaty

¿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

Muerete Subita

Síndrome Convulsivo

Causa de la defunción a)

b)

Lugar donde ocurrió el hecho: Aldea guaporaty (hipolito de Irigoyen)

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Milton Dario Acosta Matrícula Profesional Nº MPM00291

Domicilio Profesional: Calle Rebollo Nº 1488 Dto. Piso

Localidad Pdas-Mnes Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Morgue Judicial

Fecha: 12 de abril de 2023

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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	Dia	Mes	Año
			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 <input type="checkbox"/>	No 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Pasar a Preg. 7	6 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.						
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)						
a) Indicar si fue por:						
* Accidente 1 <input type="checkbox"/>						
* Suicidio 2 <input type="checkbox"/>						
* Homicidio 3 <input type="checkbox"/>						
* Se ignora 9 <input type="checkbox"/>						
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 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Continuar Se ignora 9 <input type="checkbox"/> } abajo						
* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Dia Mes Año						
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>						

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s Benítez	Nombre/s Sabina	D.N.I. Nº 46.304.489
10 Fecha de la defunción	Dia 1, 1 Mes 0, 8 Año 2, 0, 2, 3	11 Fecha de nacimiento 09/12/1999
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		
13 Sexo		
Masculino 1 <input type="checkbox"/>		
Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/>		
Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>		
14 Ocurrió en...		
* Establecimiento de salud público		
* Establecimiento privado, obra social, etc.		
* Vivienda (domicilio) particular		
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)		
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Aldea Guaporiaty		
Localidad/Paraje Hipólito de Irigoyen Departamento o Partido San Ignacio		
Provincia Misiones		
16 Vivió habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: s/calle, s/nº, Comunidad Leoni Poty		
Localidad/Paraje Pto Leoni Departamento o Partido Gral San Martín		
Provincia (o país para extranjeros) Misiones País		
17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)		
* Obra Social 1 <input type="checkbox"/>		
* Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/>		
* Ambos 3 <input type="checkbox"/>		
* Ninguno 4 <input type="checkbox"/>		

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Continúa al dorso

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 02 Completo 03
-- Primario 04 -- Secundario 05
- Superior o universitario 06 07

- S.E. Reformado Incompleto 11 Completo 12
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 13 -- Ciclo EGB 3ro. 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 02 Completo 03
-- Primario 04 -- Secundario 05
- Superior o universitario 06 07

- S. E. Reformado Incompleto 11 Completo 12
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 13 -- Ciclo EGB 3ro. 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 02 Completo 03
-- Primario 04 -- Secundario 05
- Superior o universitario 06 07

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

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?

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

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

• semanas completas

• Dia 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
Domicilio: _____
Profesional: Calle Rebollo _____
Otro 2 Localidad: Pdas-Mnes _____

Matrícula Profesional N° MPM00291
N° 1488

Teléfono: _____ Sello: _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

MADRE

PADRE

PADRE / MADRE

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 28

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

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

Nº 3048-125 oficio Nº 30578168 de fecha

bajo el nº 256545 Fº 67

en Expte Nº 146984/2025 Oficio 110170

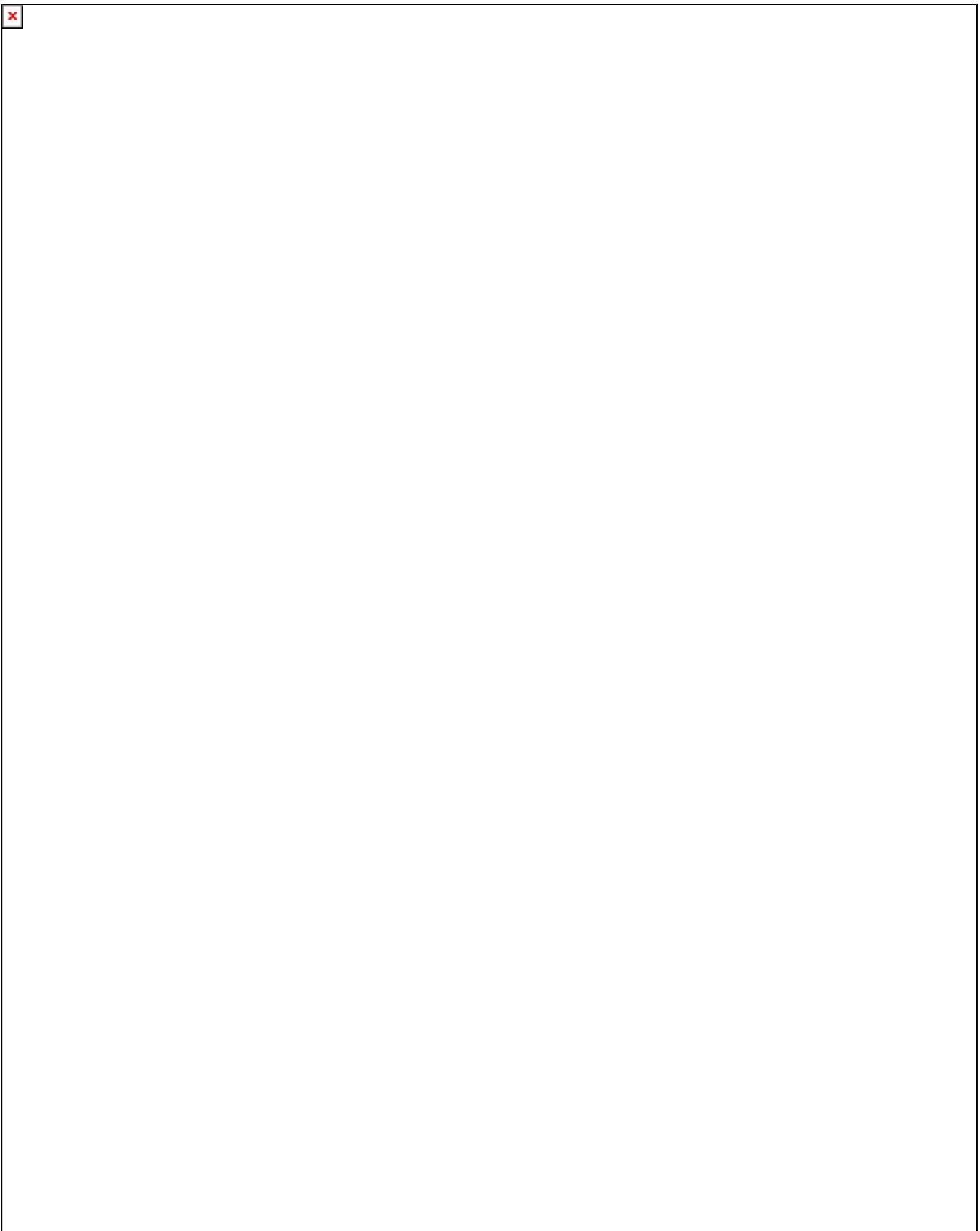
Y216049N VR-1X al solicito de cancelación de

defunción en R.P.L. de Beltrán Sabina (...)

de cuyo contenido doy fe. Referencia archivo: Libro nº 12 Folio 144 Año 2025

Trámite

ELOISA ABACI SOSA
Jefa Depto. Inspectora
Registro Provincial de las Personas





Registro Provincial de
las Personas

91

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
13	2491	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1º CENTRO**
República Argentina, a **Treinta** de **Octubre**
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION 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 Guaporaty - 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.Nº 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