



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 1 IV C.J.  
PUERTO RICO, MISIONES

FOLIO  
Nº \_\_\_\_\_

Puerto Rico, Misiones; 12 de Septiembre de 2025.-

OFICIO WNH - ID N° 30381917/2025

**Al encargado**

**Registro de las Personas  
de la Provincia de Misiones  
Puerto rico, Misiones**

**SU DESPACHO:**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Por disposición de S.S. en **Incidente N° 137185/2025 caratulado "JEFE DE COMISARIA PUERTO PIRAY UR XV S/SOLICITA INSCRIPCION ACTA DE DEFUNCIÓN DE QUIEN EN VIDA FUERE DOS SANTOS ISABEL EN EXPTE N°100665/2025"** que se tramita por ante este JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 1 - IV C.J., Secretaría N.º 2, sito en Sarmiento N° 251, Tel./FAX (03743) 420433 - Centrex 1633 juzgadoinstruccion1.puertorico@jusmisiones.gov.ar PUERTO RICO - MISIONES, a mi cargo, llevando a su conocimiento lo dispuesto en autos que en su parte pertinente dice: "PUERTO RICO, Mnes., 12 de Septiembre de 2025.-**AUTOS Y VISTO:** Este Incidente N° 137185/2025 Caratulado: JEFE DE COMISARIA PUERTO PIRAY UR XV S/SOLICITA INSCRIPCION ACTA DE DEFUNCIÓN DE QUIEN EN VIDA FUERE DOS SANTOS ISABEL EN EXPTE N°100665/2025"**RESULTA: CONSIDERANDO: RESUELVO:** I- AUTORIZAR se proceda a la INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN de quien en vida fuera DOS SANTOS ISABEL, DNI.Nº:18.694.454, quien falleció en fecha 07/07/25, según consta en el Certificado de Defunción expedido por el Dr. Diego David González, Médico de Tribunales, del Poder Judicial de la provincia de Misiones 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",

acta del "sistema de estadísticas vitales", copia certificada de "DNI", como así también el DNI original del ciudadano DOS SANTOS ISABEL, DNI.Nº:18.694.454 a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el punto anterior.-III- A los fines de la notificación electrónica (art. 153 CPPM y Acordada 79/20 STJM <sup>(EFFECTUAR la misma al Ministerio Público Fiscal, a la Defensa Pública y al Ministerio Pupilar, teniéndose por debidamente notificado de las actuaciones precedentes.- IV- PROTOCOLÍCESE. NOTIFÍQUESE. COMUNÍQUESE. INSÉRTESE COPIA EN AUTOS.-</sup>

Sin Otro motivo me despido de Ud. Atte.

**SEC. Nº 2**

Digitally signed by CALVI Mansa Soledad  
Date: 2025-09-12 13:14:10 ART  
Requester: Poder Judicial de Misiones  
Location: Secretaría de Tecnología  
Information

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

**Signature Not Verified**

**Formulario de Entrega Gratuita**

**ACTA DE DEFUNCION**

Digitally signed by  
**GONZALEZ Diego David**  
Date: 2025.07.08

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de  
Inscripción Día Mes Año

TOMO

FOLIO

ACTA

10:21:40 ART que Don/ña **DOS SANTOS ISABEL** Varón  Mujer   
Reason: Poder Judicial  
de la Provincia de Misiones Localidad **MONTECARLO** Provincia **MISIONES** de 62 Años de edad, Nacido el 19 de FEBRERO de 1963.

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

en **MISIONES** Estado Civil (1) ..... Nacionalidad **ARGENTINA** Profesión u ocupación .....

Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 07 de JULIO de 2025 a las 21 horas en: **P PIRAY**

¿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) **TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAVISIMO** b)

Lugar donde ocurrió el hecho: **PUERTO PIRAY**

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido **DIEGO DAVID GONZALEZ** Matrícula Profesional Nº **4558**

Domicilio Profesional: Calle **AV ALEM 3417** Nº ..... Dto. ..... Piso .....

Localidad **POSADAS** Teléfonos .....

**LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:**

Lugar: **MORGUE JUDICIAL DE POSADAS**

Fecha: 08 de JULIO de 2025

**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

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 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"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe?
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)		
<small>INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE</small> 		
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente) a) Indicar si fue por: * Accidente 1 <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"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> Continuar 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 DOS SANTOS	Nombre/s ISABEL	D.N.I. Nº 18.694.454
10 Fecha de la defunción 	Dia Mes Año 0,7 0,7 2,0,2,5	11 Fecha de nacimiento 19 FEBRERO 1963
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.) 1 <input type="checkbox"/> } → Nombre del establecimiento: 2 <input type="checkbox"/> } 3 <input type="checkbox"/> } Pasar a Preg. 15 4 <input checked="" type="checkbox"/>		
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: _____ Localidad/Paraje PUERTO PIRAY 		
16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: S/N S/N OBRRERITO Localidad/Paraje PUERTO PIRAY Departamento o Partido MONTECARLO Provincia 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 <input type="checkbox"/> * Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> * Ambos 3 <input type="checkbox"/> * Ninguno 4 <input type="checkbox"/>		

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. 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 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| -- Ciclo EGB 3ro.           | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| -- Polimodal                | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| -- Ciclo EGB 3ro.           | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| -- Polimodal                | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| -- Ciclo EGB 3ro.           | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| -- Polimodal                | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |

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

25 Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja Buscaba 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

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 GONZALEZ DIEGO DAVID

Matrícula Profesional N° 4558

Firma \_\_\_\_\_

Otro 2

Domicilio Profesional: Calle AV ALEM 3417

Nº \_\_\_\_\_

Localidad: POSADAS

Teléfono: \_\_\_\_\_

Sello \_\_\_\_\_

# SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los .....  
del mes de Octubre 25

y Legalizaciones del Depto. Jurídico  
Nº 3192-1-25 30381917 hs

28

256428

Expte N° 137185 | 2025 Consultado 11/12/2025  
de Comisario Puerto Piray VR XV S | Solución  
Excepcion ser de defuncion (no)

12 26/12/2025

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



Registro Provincial de  
las Personas

185

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
12	2385	2025

## DEFUNCIÓN

En ..... **Capital - SECC. 1º CENTRO**  
República Argentina, a ..... **Dieciséis** de ..... **Octubre**  
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de .....  
**DOS SANTOS Isabel**  
Sexo: **FEMENINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
estado ..... **N/D**  
profesión ..... Doc. Ident ..... **DNI: 18694454**  
Domicilio ..... **Obrerito - Puerto Piray - Misiones**  
Hijo de: .....  
y de: .....  
Nacido en ..... **Provincia De Misiones** el ..... **19** de ..... **Febrero** de ..... **1963**  
Ocurrida en: ..... **Puerto Piray - Misiones**  
El ..... **07** de ..... **Julio** de ..... **2025**, a las ..... **21:00** horas  
Causa de la Defunción: **Traumatismo de Craneo Encefálico Gravísimo**  
Certificado Médico: **MEDICO DIEGO DAVID GONZALEZ**  
Era cónyuge de: .....  
Declarante: ..... Doc. Ident: .....  
Domicilio: .....  
Obra en Virtud de **OFICIO ID N° 30381917/2025 INCIDENTE N° 137185/2025 EXPTE. N° 100665/2025 de fecha 12 de Septiembre de 2025 Venido del Juzgado de Instrucción N° 1 Secretaría N° 2 de la Cuarta Circunscripción Judicial de Puerto Rico - Misiones Ref. Expte. N° 3192 - J - 2025 R.P.P.**



RODRIGUEZ JUAN CARLOS  
Delegado Titular  
Registro Provincial de las Personas

c653f05eb2ad07d6ad812a2d1af54c78



**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, 22 de Octubre de 2025

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 137185/2025 CARATULADO  
"JEFE DE COMISARIA PUERTO PIRAY UR XV S/SOLICITA  
INSCRIPCION ACTA DE DEFUNCIÓN DE QUIEN EN VIDA FUERE  
DOS SANTOS ISABEL EN EXPTE N°100665/2025  
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: 22.10.2025 06:39:02