



FOLIO  
Nº \_\_\_\_\_

**OFICIO N°: 29991305/2025.-**

Posadas, Misiones, 14 de agosto de 2025.-

**AL SEÑOR DIRECTOR DEL  
REGISTRO DE LAS PERSONAS  
PROVINCIA DE MISIONES  
SU DESPACHO:**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición del Sr. Presidente del Excmo. Tribunal en lo Penal N° 1, por subrogación legal, de la Primera Circunscripción Judicial, sito en La Rioja N° 1561 de la Ciudad de Posadas, en los autos caratulados “**EXPTE. N° 73111/2019 ALVEZ JORGE ALBERTO S/ ABUSO SEXUAL SIN ACCESO UN HECHO Y ABUSO SEXUAL CON ACCESO CARNAL DOS HECHOS EN CONCURSO REAL tipificado en el Art. 119 - 1º y 3º párrafo en función del Art. 55 del Código Penal Argentino**”, que se tramita en este Tribunal a efectos de que remitan copia certificada de la partida de defunción de quien en vida fuere Alvez Jorge Alberto, DNI N.º 11.526.477, a fin de agregar a las presentes actuaciones.

La providencia que ordena la presente, en sus partes pertinentes dice: “*Posadas, Misiones, 14 de agosto del 2025. (...) OFÍCIESE. NOTIFÍQUESE. OPORTUNAMENTE CÓRRASE VISTA.*” Fdo. Dr. Guastavo A. Bernie. Juez del Tribunal Penal N° 1. Por ante mi Secretaria, que doy fe.-

Con las diligencias del caso, VUELVA.-

Saludo a Ud. muy atentamente.

Digitally signed by MENENDEZ Verónica  
Details:  
Date: 2025.08.14 11:57:53 ART  
Reason: Poder Judicial de Misiones  
Location: Secretaría de Tecnología  
Informativa



FOLIO  
Nº \_\_\_\_\_

**OFICIO N° 31029063**

Posadas, Misiones, 29 de Octubre de 2025

**AL SEÑOR DIRECTOR DEL  
REGISTRO DE LAS PERSONAS  
DE LA PROVINCIA DE MISIONES  
S/DESPACHO**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición de la Sra. Presidenta del Excmo. Tribunal en lo Penal N° 1, de la Primera Circunscripción Judicial, sito en La Rioja N° 1561 de la ciudad de Posadas, en **EXPTE. 73111/2019** caratulado como **"ALVEZ JORGE ALBERTO S/ ABUSO SEXUAL SIN ACCESO UN HECHO Y ABUSO SEXUAL CON ACCESO CARNAL DOS HECHOS EN CONCURSO REAL, Art. 119 - 1o y 3o párrafo en función del Art. 55 del Código Penal Argentino. Y ACUMULADA EXPTE. N.o 73082/2019 ALVEZ JORGE ALBERTO S/ ABUSO SEXUAL SIMPLE, Art. 119 - 1o párrafo del Código Penal Argentino"**, a efectos de solicitarle que tengan a bien remitir acta de defunción de quien en vida fuere JORGE ALBERTO ALVEZ DNI N°11.526.477 a los fines de agregar la misma a las presentes actuaciones. Asimismo, para evacuar toda duda de fallecimiento se remite Informe Estadístico de Defunción del Sr. JORGE ALBERTO ALVEZ remitido por la Unidad Penal VIII de Cerro Corá obrante en documento digital ID 29986115 de fecha 13 de agosto del 2025.

La resolución que ordena la presente, en sus partes pertinentes dice:  
*"Posadas, Misiones, 29 de octubre del 2025 ... NOTIFIQUESE. OFICIESE."* Fdo. Dra.

Viviana G. Cukla, por ante mi Secretaria, que doy fe.-

Con las diligencias del caso, VUELVA.-

Saludo a Ud. muy atentamente.

SBA.-



PROVINCIA DE MISIONES  
SERVICIO PENITENCIARIO PROVINCIAL

2.025: 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"

fua

U.P.VIII-CERRO AZUL: 13 Agosto de 2025.

REF: I/EGRESO. -

A V.E.:

Tengo el Honor en dirigirme a V.E., al solo efecto de Informar, que en fecha 12 del corriente mes y año, **EGRESO** por **Fallecimiento** el Interno Imputado Mayor **ALVEZ JORGE ALBERTO** (R.U.I. N°17.420) - CAUSA N° 73111/19- DELITO: "S/ABUSO SEXUAL SIN ACCESO UN HECHO, Y ABUSO SEXUAL CON ACCESO CARNAL DOS HECHOS EN CONCURSO REAL", Reg. de su Magistratura, el cual se encontraba hospitalizado en el Hospital SAMIC de la Ciudad de Leandro N. Alem; Cabe destacar que el cuerpo de mencionado interno fue entregado al Señor FERNANDEZ Rubén Darío (D.N.I: 36.058.617) Sobrino del Interno, conforme a previa autorización por parte de la Secretaría del mencionado Tribunal Dra. Belén Menéndez.

Para mejor proveer se adjunta a la presente copia fotostática del Certificado e Informe estadístico de Defunción.-

Dios guarde a V.E.

**NOTA N° 1569 125-U.P. VIII-CERRO AZUL:**

U.P. VIII



A V.E.

**PRESIDENTE DEL T.P.N°1-1RA.C.J.M.  
DR. GUSTAVO A. BERNIE  
SU DESPACHO:**

Escaneado con CamScanner

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

P Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico

**Informe Estadístico de DEFUNCIÓN**

Obs: sometidos por el secretario estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622.

DOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL.

Fecha de Inscripción	Day	Month	Year
TOBO	TOBO	TOBO	ACTA

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

a) Tuvo atención médica durante la enfermedad  
o lesión que lo condujo a la muerte?

Si  No

b) La actividad el médico  
que asistió?  
Poder a Prog.  que asistió?

Si  No

**CAUSA DE LA DEFUNCIÓN**

c) Enfermedad o condición patológica  
que produjo la muerte directamente.

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

d) Otros estados patológicos  
o condicionamientos que contribuyeron a la  
muerte, pero no tienen relación con la  
enfermedad o condición morbosas que  
la produjeron.

1) <b>POZO (CISTE) URRESPINTADO NO TRATADO</b>	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
2) <b>SEPTISIS. INFECCIÓN PENTRO MUSCOS Y NEURO. ID. INTRAVASCULAR</b>	
3) <b>DESPEDIDA COMO CONSECUENCIA DEL TRASTORNO (LEPSITIS) - FENOMENO DE MUERTE</b>	
4) <b>ESTADO DE SALUD</b>	

e) EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por:

\* Accidente 1  \* Suicidio 2  \* Homicidio 3  \* Se ignora 4

b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que ocurrió, como por ejemplo: salida de un edificio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era pasajero, conductor, acompañante, pasajero, etc.

c) Lugar donde ocurrió el hecho:

PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS	* Estuve embarazada en los últimos doce meses? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> } Continuar <input type="checkbox"/> } Se ignora <input type="checkbox"/> } Otro <input type="checkbox"/>	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Dia <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Postparto 3 <input type="checkbox"/>		

**DATOS DEL FALLECIDO**

Apellido: **ALVEZ**

Nombre: **FORGE ALVEZ** DNI: **11.526.177**

f) Fecha de la defunción:

**08/08/2025** Fecha de defunción: **6 DE AGOSTO DE 1955.**

g) Edad al momento del fallecimiento (escribir dígitos correspondientes)

- \* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años
- \* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar solo meses y días
- \* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

1) <b>Y/o</b>	Sexo
2) <input type="checkbox"/> } Meses	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
3) <input type="checkbox"/> } Poder a Prog. <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
4) <input type="checkbox"/> } Precio <input type="checkbox"/>	Indeterminado <input type="checkbox"/>
Nombre del establecimiento:	
<b>PROYECTO SONIE CAFETERIA</b>	
5) <input type="checkbox"/> } Meses	Horas
6) <input type="checkbox"/> } Precio <input type="checkbox"/>	Minutos
No. de cama:	
<b>RIVADANO 710</b>	

Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: **Av. Rivadano 710**

Localidad/Paraje: **La Mer**

Departamento o Partido: **La Mer**

Provincia: **Pluriarca**

Vivienda habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: **B° RELOCRUZ 800 S/Calle 12 N° 11**

Localidad/Paraje: **Apostoles**

Departamento o Partido: **Apostoles**

Provincia (o país para extranjeros): **Argentina**

Parentesco o relación al fallecido a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

\* Otra Social 1  \* Plan de salud privado o mutual 2  \* Amigo 3  \* Hermano 4

DR. J. M. GONZALEZ  
Dpto. de Medicina Legal  
General Ramón  
1955

Continúa en la parte

Escaneado con CamScanner

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

## DATOS DEL FALLECIDO

16 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

17 Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia 1
- No trabajaba Buscaba trabajo 2
- No buscaba trabajo 3

18 Cuál era su ocupación habitual?



SOLO 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

19 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

20 Cuál es su edad?

(años cumplidos)

• Altos

21 La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1 → Responder Preg. 22 y 23 con los datos del padre exclusivamente  
No 2 → Pasar a Preg. 24 y 25 y responder con los datos de la madre exclusivamente

## DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

22 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

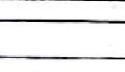
06

07

23 Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o está de licencia 1
- No trabaja Busca trabajo 2
- No busca trabajo 3

24 Cuál es su ocupación habitual?



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

25 Cuál fue el peso del niño al nacer?

• gramos

26 Cuál fue su peso al morir?

• gramos

27 Nació de un embarazo...

28 Cuántas semanas completas duró la gestación?

29 En qué fecha comenzó la última administración normal previa al nacimiento de este niño?

• Simple 1 → Ir a pregunta siguiente

• Multiples 2 → el que

nacidos vivos, y

produjo:

defunciones fetales

• semanas completas

Día Mes Año

30 Contando hasta el de este nacimiento, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre?

• embarazos

31 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

• y cuántas defunciones fetales?

32 Apellido y nombre

*Eduardo RODRIGO*

Matrícula:

Profesional N°:

*MP-000000000000000000*

Dr. UNIVERSIDAD ALDO

RODRIGO RODRIGO

EDMUNDO RODRIGO RODRIGO

Médico 1

Otro 2

Domicilio:

Profesional: Calle:

Lugar:

Ciudad:

Nº:

Teléfono:

*0354-422270*

EDMINOL

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NÚMERO

Fecha de  
Inscripción      Día      Mes      Año

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Dona/a		JORGE HUBERTO ALVIZU	Varión <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
DNI/LC./CL.		11.506.476	Nº 12 M34
Domiciliado en calle		BORGES AVENIDA 3100	Nº 12 M34
Localidad		MIS. AROS	Nº 6 Agosto de 1953
Provincia		de	Años de edad. Nacido el
Estado Civil (1)		ARGENTINO	Profesión o ocupación
Ha fallecido de:		Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	El Día _____ de _____ a las _____ horas en _____
		Muerte Violenta <input type="checkbox"/>	
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad?		Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
o lesión que la produce la muerte?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Causa de la defunción:		1) POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA	2) S. P. RIS : INFECCIÓN PIGE POROS
		2) NEFROTESES	3) PLEONADAS + NEFROSES (ARRONCULATIVAS)
Lugar donde ocurrió el hecho:		RIVERAIA	4) ENFERMEDAD DE FRONTE
PROFESIONAL CERTIFICANTE		Ricardo F. Alvarado	Matrícula Profesional Nº
Nombre y Apellido		Ricardo F. Alvarado	MP/1358
Domicilio Profesional: Calle		RIVERAIA	Nº 710, Día _____, Mes _____, Año _____
Localidad		IN. ALVARADO	Teléfono: 03956-190298
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:		Lugar: IN. ALVARADO	Negocios General y Familiar
		Fecha: 12 AGOSTO 2002	MP/134358

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

Escaneado con CamScanner



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, 15 de diciembre de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A  
TRIBUNAL PENAL N° 1  
DE LA 1° CIRCUNSC. JUDICIAL  
POSADAS - MISIONES**  
S / D

**Nota N° 2573 / 2025.-**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 29991305/2025** de fecha 14 de agosto de 2025, ingresado a este Organismo en fecha 02 de diciembre de 2025, librado en autos caratulados "**Expte. N° 73111/2019 - ALVEZ JORGE ALBERTO S/ ABUSO SEXUAL SIN ACCESO UN HECHO Y ABUSO SEXUAL CON ACCESO CARNAL DOS HECHOS EN CONCURSO REAL, (ALVEZ JORGE ALBERTO)**", solicitándole que previo a dar cumplimiento a lo ordenado remitan a esta Dirección General, Oficio Original con la transcripción íntegra de la Sentencia de S.S., atento al tiempo transcurrido y lo previsto por el artículo 60, 63, 80 y consecuentes de la Ley 26413 y Disposición Interna de este Registro N° 1660/2020.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

**CASTILLO**  
Viviana  
Cristina  
Raquel

Firmado  
digitalmente por  
CASTILLO Viviana  
Cristina Raquel  
Fecha: 2025.12.15  
11:57:54 -03'00'

AAR