

26/07/2024

FORMULARIO ANEXO I REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS ART.85 LEY N° 26.413

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	SOSA ELOINA MIRIAM		
DNI / C.I	17594620	Nacionalidad	ARTENTINA
Domicilio	HONDURAS 659	Tél.Cel	3743445762
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	66	1	66	2024	J. AMERICA HOSPITAL	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	DNI del/la Inscripto/o		5245834			
Dato/s Correcto/s	5245832					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---	---	---	---	---	---	---
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		Haga clic aquí para escribir texto.			
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---	---	---	---	---	---	---
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		Haga clic aquí para escribir texto.			
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	FOTOCOPIA DE LA PARTIDA DE DEFUNCION	2	FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO MEDICO.-
3	FOTOCOPIA DEL DNI	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.


Firma de Solicitante




SOSA ELOINA MIRIAM
Delegada Titular
Firma y Sello de Funcionario
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

66

Tomo	Acta	Año
1	66	2024

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - SAMIC J. AMERICA
 República Argentina, a Ocho de Julio
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de JANSAT MARTA ELENA
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado: N/D
 profesión: _____ Doc. Ident DNI: 5245834
 Domicilio: HIPOLITO YRIGOYEN . MNES.-
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en: MISIONES.- el 26 de Mayo de 1946
 Ocurred en: HIPOLITO YRIGOYEN . MISIONES.-
 El 06 de Julio de 2024 a las 04:00 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO NO TRAUMATICO FALLO MULTIORGANICO.-
 Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: MIGUEL ANGEL BARRETO Doc. Ident: 26339185
 Domicilio: COLOMBIA 634 JARDIN AMERICA. MISIONES.-
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNERARIA LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.-

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]
 SDSA ELOINA MIRIAM
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas



CERTIFICO: que el presente documento es copia fiel de su original que tengo a la vista
 (Mnes.)...26/07/2024

[Handwritten signature]
 SDSA ELOINA MIRIAM
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas

ae33cfa8928032b568c105c92f1f995

BAJOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO. (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que correspondiera, una sola casilla)

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Programa Nacional de Estadísticas de Salud

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO: Misiones EL REGISTRO CIVIL DE: San Carlos de Bariloche NUMERO: 111

Fecha de inscripción: Día 08 Mes 07 Año 2014
TOMO: 1 FOLIO: 66 ACTA: 66

CERTIFICADO que Don/Doña José María Echeverría Varón Mujer
 D.N.I. N° 245.82 Domiciliado/a en calle Bellet N° 274
 Localidad Hadijah Población Mural de 10 Años de edad. Nacido/a en San Carlos de Bariloche de 1994
 en 1994 Estado Civil (1) casado Nacionalidad gr Profesión u ocupación ---
 en casado Enfermedad --- Si No El Día 08 de Julio de 2014 a las 04 horas en hca
 Tuvo atención médica durante la enfermedad Si No Lo atendió el médico que suscribe Si No
 Causa de la defunción Paro cardíaco en la cama b) follo en la cama
 Lugar donde ocurrió el hecho San Carlos de Bariloche
 PROFESIONAL CERTIFICANTE: --- Matricula Profesional N° 02233
 Nombre y Apellido --- Domicilio Profesional: Calle --- N° --- Dto. --- Pcia ---
 Lugar y fecha de certificación: San Carlos de Bariloche 08 de Julio

C.E. 1000 - Registro Civil - Misiones



FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(1) Llenar este ítem solamente si corresponde. **CERTIFICAR que el presente documento es copia fiel de su original que tengo a la vista** (Mons.) 26/07/2014

SOSA OLGINA MIRIAM
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

Datos empadronados por el sistema estadístico de acuerdo con la Ley Nacional 17822

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

Form fields for registration data: Departamento o Partido (San José), Inscripción o Registro Civil (Hospital San José), Número (2533), TOMO (L), FOLIO (66), ACTA (66), Fecha de inscripción (08/04/2024).

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

Form fields for death details: Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente (Caso con final cardíaco), Causas intermedias (DEBIDO A COMO CONSECUENCIA DE), Otras causas patológicas.

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (Homicidio)

Form fields for violent death: Tipo de muerte (Accidente, Suicidio, Homicidio, Se ignora), Lugar donde ocurrió el hecho.

Form fields for death certificate: ¿FUE TODAS LAS VECES? (Si/No/Se ignora), ¿CÓMO FUE LA TERMINACIÓN DE LA EMBARAZO? (Otra/Mes/Año).

DATOS DEL FALLECIDO

Form fields for deceased person: Apellido (Pérez), Nombre (Roberto), D.N.I. (8.5.245.830), Fecha de nacimiento (26 mayo 1946).

Form fields for age and sex: Edad al momento del fallecimiento (78 años), Sexo (Masculino).

Form fields for place of death: Nombre del establecimiento (Hospital San José), Dirección (Hospital San José, Calle 54).

Form fields for habitual residence: Dirección habitual (Hospital San José, Calle 54).

Form fields for birthplace: Lugar de nacimiento (Hospital San José, Calle 54).

Continúa en otro

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SOLO 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	<input type="checkbox"/>
• 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	<input type="checkbox"/>	
• No trabajaba	Búsqueda de trabajo	2	<input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>	

20. ¿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 ESTA INSCRIBIENDO

MADRE

23. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>
• 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

24. ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años:

25. ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

• Sí: 1 Responder Preg. 26 y 27 con los datos del padre exclusivamente

• No: 2 Responder Preg. 26 y 27 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (al corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

PADRE

23. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>
• 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 (factor lo que no corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

PADRE/MADRE

19. ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	<input type="checkbox"/>	
• No trabajaba	Búsqueda de trabajo	2	<input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>	

20. ¿Cuál era su ocupación habitual?

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER CENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

28. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?

• gramos

29. ¿Cuál fue su peso al morir?

• gramos

30. Cuántos años completos duró la gestación?

• semanas completas

31. Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos y defunciones vitales?

• y cuántos de un total de nacidos vivos?

32. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?

• gramos

33. Cuántos años completos duró la gestación?

• semanas completas

34. Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos y defunciones vitales?

• y cuántos de un total de nacidos vivos?

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL FORMULARIO

Nombre:

Dpto:



CERTIFICO: que el presente documento es copia fiel de su original que tengo a la vista
(Mes.) 26.07.2014

ROSA FLOINA MIRIAM
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas



Posadas,.....

A LA SEÑORA
DIRECTOR GENERAL
DEL REGISTRO PCIAL
DE LAS PERSONAS
S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados “EXPTE 2558-A-24, SOSA ELOINA MIRIAM S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE JANSAT MARTA ELENA”.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Eloina Miriam en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 17.594.620 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de JANSAT Marta Elena, (Acta 66-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes) el número de D.N.I. de la causante, donde se consignó: “5.245.834”, debiendo ser: “**5.245.832**”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. de la causante.-

Que del cotejo y análisis de la documental acompañada, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende, salvo mejor criterio, que corresponde hacer lugar a lo solicitado; dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85, ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Es cuanto informo.-.

INFORME N° 393/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. Mariana Belandier Benitez
AGENTE LEGAL
DEPTO. JURÍDICO Y LEGALIZACIONES
Registro Provincial de las Personas



Posadas, 16 de Agosto de 2024.-

DISPOSICION N° 1919/24

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPT E N° 2558-A-24, SOSA ELOINA MIRIAM S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE JANSAT MARTA ELENA”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Eloina Miriam en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 17.594.620 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de JANSAT Marta Elena, (Acta 66-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes) el número de D.N.I. de la causante, donde se consignó: “5.245.834”, debiendo ser: “**5.245.832**”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. de la causante.-

Que se accede por informe N° 393/24 Reg. Departamento Jurídico y Legalizaciones a lo solicitado dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 de la Ley N° 26.413 y normativas concordantes.-

POR ELLO.

**LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
DISPONE:**

ARTICULO 1: RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de JANSAT Marta Elena, (Acta 66-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes) el número de D.N.I. de la causante, siendo lo correcto: “**5.245.832**”.-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación del Samic de Jardín América-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

ARTICULO 3: REGISTRESE, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA
Paula Brigida

Firmado digitalmente
por ECHEVERRIA Paula
Brigida
Fecha: 2024.08.16
10:37:06 -03'00'



REPUBLICA ARGENTINA

66

Tomo	Acta	Año
1	66	2024

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - SAMIC J. AMERICA
 República Argentina, a Ocho de Julio
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de _____
JANSAT MARTA ELENA
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 5245834
 Domicilio HIPOLITO YRIGOYEN . MNES.-
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES.- el 26 de Mayo de 1946
 Ocurrida en: HIPOLITO YRIGOYEN . MISIONES.-
 El 06 de Julio de 2024 a las 04:00 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO NO TRAUMATICO FALLO MULTIORGANICO.-
 Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: MIGUEL ANGEL BARRETO Doc. Ident: 26339185
 Domicilio: COLOMBIA 634 JARDIN AMERICA. MISIONES.-
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNERARIA LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.-

88

Rectificación

Disposición N° 1919/2024 de fecha 16-08-2024. Expte N° 2558-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de JANSAT Marta Elena, (Acta 66- Tomo 1°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes.), el número de D.N.I. de la causante, siendo lo correcto: "5.245.832".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 19-08-2024.



ELOISA ARACI SOSA
 Inspectora Zona Norte
 Registro Provincial de las Personas

ae33efa892803f0b563cf05c92f1f995



REPUBLICA ARGENTINA

66

Tomo	Acta	Año
1	66	2024

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - SAMIC J. AMERICA
 República Argentina, a Ocho de Julio
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de _____
JANSAT MARTA ELENA
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 5245834
 Domicilio HIPOLITO YRIGOYEN . MNES.-
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES.- el 26 de Mayo de 1946
 Ocurrida en: HIPOLITO YRIGOYEN . MISIONES.-
 El 06 de Julio de 2024, a las 04:00 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO NO TRAUMATICO FALLO MULTIORGANICO.-
 Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: MIGUEL ANGEL BARRETO Doc. Ident: 26339185
 Domicilio: COLOMBIA 634 JARDIN AMERICA. MISIONES.-
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNERARIA LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.-

88

Rectificación

Disposición N° 1919/2024 de fecha 16-08-2024. Expte N° 2558-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de JANSAT Marta Elena, (Acta 66- Tomo 1°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes.), el número de D.N.I. de la causante, siendo lo correcto: "5.245.832".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 19-08-2024.



ELOISA ARACI SOSA
 Inspectora Zona Norte
 Registro Provincial de las Personas

ae33efa892803f0b563cf05c92f1f995