

21/08/2023

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	YESICA NATALIA ESQUIVEL		
DNI / C.I	33680880	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	92 VIVIENDAS CASA 22 - GARUPA	Tel.Cel	3764-210883
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	153	1	153	2024	GARUPA	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	DNI del/la Inscripto/o		DOMICILIO DICE: CASA 16			
Dato/s Correcto/s	DOMICILIO DEBE DECIR : CASA 18					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
-	-	-	-	-	-	-
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION					
Dato/s Correcto/s	-					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
-	-	-	-	-	-	-
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION					
Dato/s Correcto/s	-					

ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	ACTA DE DEFUNCION	2	CERTIFICADO DE DEFUNCION
3	DNI DEL DIFUNTO	4	ESTADISTICO DE DEFUNCION

OBSERVACIONES:

DOMICILIO CORRECTO: B° FATIMA MZ. 78 CASA 18 - GARUPA - MISIONES.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario

ESQUIVEL YESICA NATALIA
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas



REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	153	2024

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA
 República Argentina, a Diecinueve de Agosto
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de RODRIGUEZ RAMON ALFREDO
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión - Doc. Ident DNI: 11000631
 Domicilio B° FATIMA MZ 78 CASA 16 GARUPA- MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 20 de Noviembre de 1953
 Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES
 El 17 de Agosto de 2024 a las 00:20 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO
 Certificado Médico: MEDICO MARILINA YOLANDA BECKER
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Ignacio Omar GAUNA Doc. Ident: 17671554
 Domicilio: LOPEZ TORRES 3312
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.



NATALIA ESQUIVA
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas

Dpto. Grupos

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

Dra. BECKER MARILINA YOLANDA
MEDICINA GENERAL
M.P. MD5010

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO _____ REGISTRO CIVIL DE _____ NUMERO _____
Fecha de Inscripción _____ TOMO _____ Dia _____ Mes _____ Año _____
FOLIO _____ ACTA _____

CERTIFICO que Don/ña Rodriguez Roman, Alfreda Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 11.000.631 Domiciliado/a en calle 1278, casa 18, B° Fatima N° _____

Localidad Capital Provincia Misiones de 70 Años de edad, Nacido el 30 de Noviembre de 1953

en Misiones Estado Civil (1) _____ Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación _____

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Dia 17 de Aprile de 2004 a las 10:30 horas en: Misiones

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí No Lo atendió el médico Sí No

o lesión que le produjo la muerte? que suscribe

Causa de la defunción a) Procedimiento respiratorio b) _____

Lugar donde ocurrió el hecho: Hospital Nuestra Señora de Fatima - Grupos Misiones

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Becker Marilina Matricula Profesional N° 105010

Domicilio Profesional: Calle 3 y 13 Dto. _____

Localidad Grupos Misiones Telefonos _____

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Grupos Misiones

Fecha: 17 de Aprile de 2004



Dra. BECKER MARILINA YOLANDA
MEDICINA GENERAL
M.P. MD5010

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

(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

1 Fecha de Inscripción: Día Mes Año

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? Si 1 No 2 → Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico que suscribe? Si 1 No 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. a) pero cardiopulmonar

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por: * Accidente 1 * Suicidio 2 * Homicidio 3 * Se ignora 9

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 No 2 Se ignora 9

* 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 Rodriguez Nombre Roman Alfredo D.N.I. Nº 11.000.631

10 Fecha de la defunción: Día 11 Mes 08 Año 2024 11 Fecha de nacimiento: 20 de Noviembre de 1953

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 70

* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días: Meses Días

* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: Horas Minutos

13 Sexo: Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3

14 Ocurrió en... * Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc. * Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)

Nombre del establecimiento: Hospital Nuestra Señora de Fatima

15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Calle 3 y 13 B° Fatima - Groupé.

Localidad/Paraje Departamento o Partido Provincia Misiones.

16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: Mz 78 casa 18 B° Fatima - Groupé.

Localidad/Paraje Departamento o Partido Provincia (o país para extranjeros) Misiones. País

17 Pertencia 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

Continúa al dorso

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		S. E. Reformado	Incompleto	Completo			
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>

19 Cuál era su situación laboral?

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

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

MADRE

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	<input type="checkbox"/>							
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo		S. E. Reformado	Incompleto	Completo			
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<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 responderías con los datos de la madre exclusivamente

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

PADRE

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	<input type="checkbox"/>							
• S. E. No reformado	Incompleto	Completo		S. E. Reformado	Incompleto	Completo			
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<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 DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE / MADRE

25 Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1	<input type="checkbox"/>	
• No trabaja	Busca trabajo	2	<input type="checkbox"/>
	No busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>

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 Becker Matricula Profesional N° 14010 Firma _____

Otro 2 Domicilio _____ Profesional: Calle _____ N° _____ Teléfono: _____

Localidad: Guaraní Sello Dra. BECKER MARRUYA YOLANDA
MEDICINA GENERAL M.P. 1403140



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

Posadas,.....

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados “EXPTE 2847-A-24, ESQUIVEL YESICA NATALIA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE RODRIGUEZ RAMON ALFREDO”.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. ESQUIVEL Yesica Natalia en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 33.680.880 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de RODRIGUEZ Ramon Alfredo D.N.I. N° 11.000.631, (Acta 153-Tomo 1º-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes) el domicilio del causante, donde se consignó: “B° Fatima-Mz. 78-Casa 16-Garupa Misiones”, debiendo ser: “**B° Fatima Mz. 78-Casa 18-Garupa Misiones**”.-

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. del 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° 437/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
Departamento Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 06 de septiembre de 2024.-

DISPOSICION N° 2069 / 2024.-

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 2847-A-24, ESQUIVEL YESICA NATALIA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE RODRIGUEZ RAMON ALFREDO”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. ESQUIVEL Yesica Natalia en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 33.680.880 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de RODRIGUEZ Ramon Alfredo D.N.I. N° 11.000.631, (Acta 153-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes) el domicilio del causante, donde se consignó: “B° Fatima-Mz. 78-Casa 16-Garupa Misiones”, debiendo ser: “**B° Fatima Mz. 78-Casa 18-Garupa Misiones**”;

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. del causante;

Que se accede por informe N° 437/24 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 RODRIGUEZ Ramon Alfredo, (Acta 153-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes) el domicilio del causante, siendo lo correcto: “**B° Fatima Mz. 78-Casa 18-Garupa Misiones**”.-

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

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

ECHEVERRIA Firmado digitalmente por
Paula Brigida ECHVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2024.09.06 09:13:00
-03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

153

Tomo	Acta	Año
1	153	2024

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA
 República Argentina, a Diecinueve de Agosto
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de RODRIGUEZ RAMON ALFREDO
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión - Doc. Ident DNI: 11000631
 Domicilio B° FATIMA MZ 78 CASA 16 GARUPA- MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 20 de Noviembre de 1953
 Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES
 El 17 de Agosto de 2024, a las 00:20 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO
 Certificado Médico: MEDICO MARILINA YOLANDA BECKER
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Ignacio Omar GAUNA Doc. Ident: 17671554
 Domicilio: LOPEZ TORRES 3312
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.

105

Rectificación

Disposición N° 2069/2024 de fecha 06-09-2024. Expte N° 2847-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: RODRIGUEZ Ramon Alfredo, (Acta 153- Tomo 1°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes.), el domicilio del causante, siendo lo correcto: "B° Fatima Mz 78-Casa 18-Garupa Misiones".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas-Misiones.- 09-09-2024.



VIVIANA C. B. CASTILLO
 Jefa Dpto. Despacho
 Registro Provincial de las Personas

eb32c86880174e41566d79cc2db66ec9