

13/08/2024

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	RODRIGUEZ, LOURDES ITATI		
DNI / C.I	14946302	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	B°SAN ISIDRO CALLE 200 -A MZ. 29 CASA 4. - POSADAS	Tel.Cel	3764-396709
En carácter de:	MADRE DE LA INSCRIPTA/O		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	144	1	144	2024	GARUPA	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	DNI del/la Inscripto/o		FECHA DE NACIMIENTO DICE: 05/02/1989			
Dato/s Correcto/s	FECHA DE NACIMIENTO DEBE DECIR: 08/02/1989					

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	FOTOCOPIA DNI DE LA SOLICITANTE.	2	-
3	ACTA DE DEFUNCION DE LA INSCRIPTA.	4	-

OBSERVACIONES:

DEBE SER RECTIFICADA LA FECHA DE NACIMIENTO, SIENDO EL CORRECTO 08/02/1989.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Rodríguez
Rodríguez
Firma de Solicitante



[Signature]
Firma y Sello de Funcionario
ESQUIVEL YESICA NATALIA
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

144

Tomo	Acta	Año
1	144	2024

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA
 República Argentina, a Dos de Agosto
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de OLIVERA Paola Andrea
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión AMA DE CASA Doc. Ident DNI: 34507417
 Domicilio MZ 29 CASA 4 B° SAN ISIDRO POSADAS- MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en BUENOS AIRES el 05 de Febrero de 1989
 Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES
 El 31 de Julio de 2024, a las 21:20 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO - CIRROSIS HEPATICA
 Certificado Médico: MEDICO EVELYN MAGALI YACHECEN
 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



ESQUIVEL YESICA NATALIA
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de inscripción Día Mes Año
02 08 2024

DEPARTAMENTO Capital REGISTRO CIVIL DE Garupe NUMERO 15016 TOMO 1 FOLIO 144 ACTA 144

CERTIFICO que Don/ña OUVENS PABU ANDREA Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 31507417 Domiciliado/a en calle 722 29 CARA Y B° SAN ISIDRO

Localidad Posadas Provincia Misiones de 35 Años de edad, Nacido el 02 de febrero de 1989

en BS. AS Estado Civil (1) SOLTERO Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación ART. DE COSA

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 31 de Julio de 2024 a las 21:20 horas en: HOSPITAL

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1 No 2 Lo atendió el médico que suscribe Sí 1 No 2

Causa de la defunción a) CIRROSIS HEPÁTICA b) ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Lugar donde ocurrió el hecho: HOSPITAL FATIMA

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Yachecen Evelyn Matricula Profesional Nº 6044

Domicilio Profesional: Calle 3 y 13 Dto. Piso

Localidad GARUPA Teléfono 3764409118 Yachecen Evelyn M. Médica M.P. 6044

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: GARUPA, MISIONES

Fecha: 31 de Julio de 2024

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO



A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

(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 02 Mes 08 Año 2024

2 Departamento o Partido Capital 3 Delegación o Registro Civil Garupa Número 1506 4 TOMO 1 FOLIO 144 ACTA 144

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) PARO CARDIORESPIRATORIO
CIRROSIS HEPATICA

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) EXCELSION DE HEPATICA

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) SINDROME ASCITICO HEPATICO

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

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? Sí 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 OLIVERA Nombre/s PAOLA ANDREA D.N.I. N° 34507417

10 Fecha de la defunción Día 3 Mes 11 Año 2024 11 Fecha de nacimiento 08/03/1989

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años. Años 35

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

* 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 1 * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 * Vivienda (domicilio) particular 3 * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4

Nombre del establecimiento: HOSPITAL DE FATIMA

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km. 3413

Localidad/Paraje GARUPA Departamento o Partido CAPITAL Provincia TUCUMAN

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km. CALLE 152 B° SAN JORGE

Localidad/Paraje ROSADAS Departamento o Partido CAPITAL Pais ARG

Provincia (o país para extranjeros) TUCUMAN

17 Pertenecía 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 privado o mutual 2 * Ambos 3 * Ninguno 4

Continúa al dorso



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 2857-A-24, RODRIGUEZ LOURDES ITATI S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE OLIVERA PAOLA ANDREA”.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. RODRIGUEZ Lourdes Itati en su carácter de madre de la menor, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 14.946.302 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de OLIVERA Paola Andrea D.N.I. N° 34.507.417, (Acta 144-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes) la fecha de nacimiento de la causante, donde se consignó: “05 de Febrero de 1989”, debiendo ser: “**08 de Febrero de 1989**”.-

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, 4) D.N.I. de la solicitante.-

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° 443/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
-ABOGADA- LEGAL
Depto. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas



Posadas, 24 de Septiembre de 2024.-

DISPOSICION N° 2195/24

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 2857-A-24, RODRIGUEZ LOURDES ITATI S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE OLIVERA PAOLA ANDREA”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. RODRIGUEZ Lourdes Itati en su carácter de madre de la menor, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 14.946.302 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de OLIVERA Paola Andrea D.N.I. N° 34.507.417, (Acta 144-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes) la fecha de nacimiento de la causante, donde se consignó: “05 de Febrero de 1989”, debiendo ser: “**08 de Febrero de 1989**”.-

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, 4) D.N.I. de la solicitante.-

Que se accede por informe N° 443/24 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 OLIVERA Paola Andrea, (Acta 144-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes) la fecha de nacimiento de la causante, siendo lo correcto: “**08 de Febrero de 1989**”.-

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 Paula Brigida
Firmado digitalmente por ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2024.09.24 10:24:44 -03'00'

Tomo	Acta	Año
1	144	2024

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA
República Argentina, a Dos de Agosto
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de OLIVERA Paola Andrea
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión AMA DE CASA Doc. Ident DNI: 34507417
Domicilio MZ 29 CASA 4 B° SAN ISIDRO POSADAS- MISIONES
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en BUENOS AIRES el 05 de Febrero de 1989
Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES
El 31 de Julio de 2024, a las 21:20 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO - CIRROSIS HEPATICA
Certificado Médico: MEDICO EVELYN MAGALI YACHECEN
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.

111

Rectificación

Disposición N° 2195/2024 de fecha 24-09-2024. Expte N° 2857-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: OLIVERA Paola Andrea, (Acta 144- Tomo 1°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Garupa-Mnes.), la fecha de nacimiento de la causante, siendo lo correcto: "08 de Febrero de 1989".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 25-09-2024.



VIVIANA C. R. CASTILLO
Jefe Depto. Despacho
Registro Provincial de las Personas