

27/09/2024

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	ELIZABETH MYRIAM CABRAL		
DNI / C.I	14306262	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	JARDIN AMERICA	Tel.Cel	3743594435
En carácter de:	FUNCIONARIA/O DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	91	1	91	2024	J. AMERICA HOSPITAL	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		07/08/2024 ES INCORRECTO			
Dato/s Correcto/s	FECHA 07/09/2024 ES CORRECTO					

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 CERTIFICADO MEDICO.-
3	FOTOCOPIA DNI DEL FALLECIDO	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



Firma y Sello de Funcionario
SOSA ETIENNA MIRIAM
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

91

Tomo	Acta	Año
1	91	2024

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - SAMIC J. AMERICA
 República Argentina, a Diez de Septiembre
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de PILASZEK LUIS
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 7587578
 Domicilio SANTO DOMINGO Y CHILE Bº KOLPING JARDIN AMERICA MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 09 de Agosto de 1945
 Ocurrida en: EN EL DOMICILIO SANTO DOMINGO Y CHILE Bº KOLPING JARDIN AMERICA MISIONES
 El 07 de Agosto de 2024 a las 08:40 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO NO TRAUMATICO C- DE PULMON
 Certificado Médico: MEDICO EDGAR LUIS CAÑETE
 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 FUNEBRE LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE

Barreto



[Signature]
SOSA 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
 (Meses) 12.03.2024



[Signature]
SOSA ELOINA MIRIAM
 Delegada Titular

c4f64b47a0c3dada42a2c14bad9e... Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO SAN IGNACIO REGISTRO CIVIL DE HOSP. JARDIN AMERICA 2955 Fecha de inscripción 10/09/2024
TOMO 1 FOLIO 91 ACTA 91

CERTIFICADO que Don/ña Luis Pila Seta Varón Mujer
D.N.I. No. 7.587.570 Domiciliado/a en calle Santa Domingo y Cita No. 52
Localidad Jardín América Provincia Misiones de 78 Años de edad, Nacido el 09 de Ago de 1945
en Misiones Estado Civil (1) Casado Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación Jubilado
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 07 de Ago de 2024 a las 08:45 horas en: Domicilio
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Si No Lo atendió el médico que suscribe Si No
Causa de la defunción a) Poro Gordo respiratorio no tratado b) Opulencia
Lugar donde ocurrió el hecho: Domicilio Santa Domingo y Cita S/N Jardín América
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Edgar Luis Canete Matrícula Profesional N° 04071
Domicilio Profesional: Calle Av. San Martín N° 136 Dto. - Piso -
Localidad Jardín América Teléfonos 0774346351
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Jardín América
Fecha: 05 de Septiembre de 2024

EDGAR LUIS CANETE
MEDICO
Espec. en Medicina Familiar y Gral.
M.P. 92997

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

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

(B) Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico
Informe Estadístico de DEFUNCION
(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 10/09/2024
2 Departamento o Partido SAN IGNACIO 3 Delegación o Registro Civil HOSP. JARDIN AMERICA 2955 Número 2955 4 TOMO 1 FOLIO 91 ACTA 91

DATOS DE LA DEFUNCION (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificador).

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Si No 6 Lo atendió el médico que suscribe? Si No 7 Pasar a Preg. 7

7 CAUSA DE LA DEFUNCION

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. a) Poro Gordo respiratorio no tratado
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica. b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Opulencia
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. No Usar

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 * Estuvo embarazada en los últimos 1 meses. Si No * Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? -

DATOS DEL FALLECIDO

Apellidos <u>Pikozich</u>		Nombre/s <u>Luigi</u>		D.N.I. N° <u>7.582.538</u>		
10	Fecha de la defunción	Día <u>07</u>	Mes <u>01</u>	Año <u>2024</u>	11 Fecha de nacimiento <u>09/09/1994</u>	
12	Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)				13	Sexo
* 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				Años <u>30</u> Meses <u> </u> Días <u> </u> Horas <u> </u> Minutos <u> </u>		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 2 Indeterminado <input type="checkbox"/> 3
14	Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:				
* Establecimiento de salud público <input type="checkbox"/> 1 * Establecimiento privado, obra social, etc. <input type="checkbox"/> 2 * Vivienda (domicilio) particular <input checked="" type="checkbox"/> 3 * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) <input type="checkbox"/> 4		Pasara Preg. <input type="checkbox"/> 15				
15	Domicilio donde se produjo:	Calle y N° / Ruta y Km.: <u>Santa Bernabé y Chacabuco SW</u>				
Localidad/Paraje <u>Indio Aconcagua</u>		Departamento o Partido <u>San Isidro</u>		Provincia <u>Provincia</u>		
16	Vivia habitualmente en:	Calle y N° / Ruta y Km.:				
Localidad/Paraje		Departamento o Partido		Pais		
17	Provincia (o país para extranjeros)					
Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre) * Obra Social 1 <input checked="" 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 ESTADISTICAS VITALES

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

CERTIFICADO: que el presente documento es copia fiel de su original que tengo a la vista (Mes.) 12.09.2024



Sosa Eloina Miriam
SOSA ELOINA MIRIAM
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas



sanatorio CANDIA SRL

JARDIN AMERICA

Cirugía General - Clínica Médica - Pediatría - Ecografía - Ortopedia y Traumatología
Cardiología - Radiología - Análisis Clínicos - Urología - Ginecología
Psicología - Psicopedagogía - Endocrinología - Nutricionista

Rp/:

Pi losze k Luis

Dni 7.587.578

Dip: Falleció el 07/ Septiembre
2024

EDGAR LUIS CAÑETE
MEDICO
Espec en Medicina Familiar y Gral.
M.P. 98992 - M.P. 04079

07/09/24

Sanatorio Candia S.R.L.

Av. San Martín 136

3328 Jardín América - Misiones

CUIT N° 33-70962747-9

IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

GUARDIA MÉDICA LAS 24 HS.



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 3411-A-24, CABRAL ELIZABETH MYRIAM S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE PILASZEK LUIS.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. CABRAL Elizabeth Myriam en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 14.306.262 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de PILASZEK Luis D.N.I. N° 7.587.578, (Acta 91-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Jardín América-Mnes) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: “07 de Agosto de 2024”, debiendo ser: “**07 de Septiembre de 2024**”.-

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) Boleta de servicio del 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° 516/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. María Alejandra Benítez
- ASISTENTE LEGAL
Dep. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas



Posadas, 17 de Octubre de 2024.-

DISPOSICION N° 2353/24

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 3411-A-24, CABRAL ELIZABETH MYRIAM S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE PILASZEK LUIS”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. CABRAL Elizabeth Myriam en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 14.306.262 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de PILASZEK Luis D.N.I. N° 7.587.578, (Acta 91-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de SAMIC Jardín América-Mnes) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: “07 de Agosto de 2024”, debiendo ser: “**07 de Septiembre de 2024**”.-

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) Boleta de servicio del causante, 4) D.N.I. de la solicitante.-

Que se accede por informe N° 516/24 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 PILASZEK Luis, (Acta 91-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de SAMIC Jardín América-Mnes) la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: “**07 de Septiembre de 2024**”.-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de SAMIC 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: 2024.10.17
11:05:39 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	91	2024

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - SAMIC J. AMERICA
 República Argentina, a Diez de Septiembre
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de PILASZEK LUIS
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 7587578
 Domicilio SANTO DOMINGO Y CHILE Bº KOLPING JARDIN AMERICA MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 09 de Agosto de 1945
 Ocurrida en: EN EL DOMICILIO SANTO DOMINGO Y CHILE Bº KOLPING JARDIN AMERICA MISIONES
 El 07 de Agosto de 2024, a las 08:40 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO NO TRAUMATICO C- DE PULMON
 Certificado Médico: MEDICO EDGAR LUIS CAÑETE
 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 FUNEBRE LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE

123

Rectificación

Disposición N° 2353/2024 de fecha 17-10-2024. Expte N° 3411-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: PILASZEK Luis, (Acta 91- Tomo 1° - Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Samic Jardín América-Mnes.), la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: "07 de Septiembre de 2024".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 18-10-2024.



VIVIANA C. R. CASTILLO
 Jefe Dpto. Defunción
 Registro Provincial de las Personas

c4f64b47a0c3dada42a2c14bad9ebd99