

11/09/2024

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

**SOLICITANTE**

Nombre y Apellido	SILVIA RAQUEL SOSA		
DNI / C.I	21305652	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	PIEDRA BUENA 1647-OBERA	Tel.Cel	3755576173
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	404	3	4	2024	OBERA 1°	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		AÑO NACIMIENTO 1972			
Dato/s Correcto/s	1971					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	404	3	4	2024	OBERA 1°	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		ESTADO CIVIL N/D			
Dato/s Correcto/s	CASADO :AGUSTINA RODRIGUEZ VILLALBA					

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	ACTA MATRIMONIO	2	CERTIFICADO MEDICO
3	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



SILVIA RAQUEL SOSA  
Delegada Titular  
Registro Provincial de las Personas

Firma y Sello de Funcionario



# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
3	404	2024

DEFUNCIÓN

En **Oberá - OBERA**  
 República Argentina, a **Quince** de **Agosto**  
 de **2024** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de **JOFRE Mario Gustavo**  
 Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
 estado **N/D**  
 profesión **Jubilado** Doc. Ident **DNI: 22578133**  
 Domicilio **Las Margaritas 5242-Ciudad Jardín El Libertador-Buenos Aires.**  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en **Buenos Aires** el **08** de **Noviembre** de **1972**  
 Ocurred en: **Vía Pública -Salto Encantado-Misiones**  
 El **13** de **Agosto** de **2024**, a las **15:30** horas  
 Causa de la Defunción: **Muerte dudosa-solicito autopsia**  
 Certificado Médico: **MEDICO MARIA ALEJANDRA VALLONE**  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: **Mirta Isabel HIRCH** Doc. Ident: **24218885**  
 Domicilio: **Salto Encantado-Misiones**  
 Obra en Virtud de art 70-ley 26413.Oficio N° 25854358/2024.Oberá,Misiones 15 de Agosto de 2024.Expte N° 103923/2024,venido del Juzgado de Instrucción N° 2,Secretaría N° 1,de la Segunda Circunscripción Judicial de Misiones.Fdo.Horacio Heriberto ALARCON.JUEZ.

*J. Alfaro*



*Silvia Raquel Sosa*  
**SILVIA RAQUEL SOSA**  
 Delegada Titular  
 Registro Provincial de las Personas

Formulario de Entrega Gratuita

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

**CERTIFICADO DE DEFUNCION**

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ REGISTRO CIVIL DE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

Fecha de Inscripción: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
TOMO \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ ACTA \_\_\_\_\_

CERTIFICADO que Don/ña Jofre Miro Gustavo Varón  Mujer   
 D.N.I./C.C. 22.578.133 Domicilio/calle en calle General San Martín N° \_\_\_\_\_  
 Localidad San Martín Provincia Corrientes Años de edad, Nacido el 03/11/71 de Corrientes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 en Buenos Aires Estado Civil (1) - casado - Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación Libre  
 Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 13 de Abril de 2024, a las 15:30 horas en: VIA PUBLICA  
 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si  No  Lo atendió el médico Si  No   
 o lesión que le produjo la muerte? No  que suscribe No   
 Causa de la defunción a) Muerte dudosa, solicitó Autopsia  
 Lugar donde ocurrió el hecho: VIA PUBLICA, Calle 3210, Encarnación  
 PROFESIONAL CERTIFICANTE  
 Nombre y Apellido Dra. Valdone María Alejandra Vallone Matrícula Profesional N° 3.673  
 Domicilio Profesional: Calle Carrión de la Cruz N° 2001 Dto. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
 Localidad Encarnación Teléfonos \_\_\_\_\_  
 LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
 Lugar: Hospital Municipal de Encarnación **Dra. Valdone María Alejandra Vallone** Especialista en **Ecografía general**  
 Fecha: 13 de Abril de 2024 FIRMA Y SELLO **13/04/2024**

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

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS 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: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 2 Departamento o Partido \_\_\_\_\_ 3 Delegación o Registro Civil \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ 4 TOMO \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ ACTA \_\_\_\_\_

DATOS DE LA DEFUNCION (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  No  6 Lo atendió el médico que suscribe? Si  No

7 CAUSA DE LA DEFUNCION

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.  
 a) Muerte dudosa, solicitó Autopsia  
 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.

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)  
 a) Indicar si fue por: \* Accidente  \* Suicidio  \* Homicidio  \* Se ignora   
 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.  
caída de un andamio en obra de construcción. Presentes: Precursora  
 c) Lugar donde ocurrió el hecho: en Villa Encarnación

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS  
 \* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si  No  Continuar abajo  
 \* 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) Jofre Nombres Miro Gustavo D.N.I. N° 22.578.133

10 Fecha de la defunción: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año 2024 11 Fecha de nacimiento: 03/11/71

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde correspondas)  
 \* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: 52 Años  
 \* 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

14 Ocurrió en...  
 \* Establecimiento de salud público 1   
 \* Establecimiento privado, obra social, etc. 2   
 \* Vivienda (domicilio) particular 3  Pasar a Preg. 15  
 \* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: VIA PUBLICA, Calle Encarnación  
 Localidad/Paraje Encarnación Departamento o Partido Corrientes Provincia Misiones

16 Vivió habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Las Margaritas 542  
 Localidad/Paraje General San Martín Departamento o Partido San Martín País \_\_\_\_\_  
 Provincia (o país para extranjeros) Buenos Aires

17 Pertenencia 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

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

Continúa al dorso





REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname  
**JOFRE**

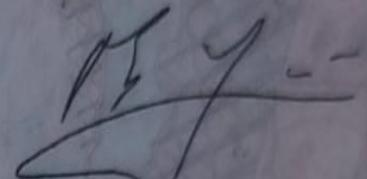
Nombre / Name  
**MARIO GUSTAVO**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
**M**                      **ARGENTINA**                      **B**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**08 NOV / NOV 1971**

Fecha de emisión / Date of issue  
**14 NOV / NOV 2017**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**14 NOV / NOV 2032**

  
FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR

Documento / Document

**22.578.133**

Trámite N° / Of. ident.

**00523355466**

**3314**



22578133







GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
2024 - Año del 75° Aniversario de la gratuidad universitaria en la República Argentina

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Expedición de Part del Reg. Prov. de las Personas**

**Número:** AA-2024-29594632-GDEBA-DL269JAGGP

JOSE LEON SUAREZ, BUENOS AIRES  
Viernes 23 de Agosto de 2024

**Referencia:** Copia Fiel, de plena eficacia jurídica. Debe ser recibida por los organismos que la requieran.  
Conf. Ley N° 8.946, suscripta conf. Ley 13.666, Prov Buenos Aires. Contenido a verificar en:  
[www.gdeba.gba.gob.ar/autenticidaddocumental](http://www.gdeba.gba.gob.ar/autenticidaddocumental).

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES  
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO BS.AS.,  
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715124234  
Date: 2024.08.23 10:13:36 -03'00'

Viviana del Carmen Salega  
Sub-Delegado  
Delegación J.L. Suarez  
Jefatura de Asesores del Gobernador

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES  
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE  
GOBIERNO BS.AS., ou=SUBSECRETARIA DE  
GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715124234  
Date: 2024.08.23 10:13:50 -03'00'



**Click de Pago**

**Comprobante de pago**

**REGISTRO DE LAS PERSONAS MISIONES**

**Importe** \$ 1400,00

**CFT 0%** \$ 0

**TOTAL** \$ 1400,00

<b>Fecha</b> 24/09/2024	<b>Hora</b> 06:31:38	<b>Nro. Trans.</b> 307979489
----------------------------	-------------------------	---------------------------------

<b>Medio de pago</b> Visa Crédito	<b>Cuotas</b> 1	<b>DNI</b> 21305652
--------------------------------------	--------------------	------------------------

**Nro. de referencia**  
3991bb8ddd8c4333a43bf45c2e79a8c6

**Conceptos**  
RECTIFICACION DE DATOS

COMPROBANTE DE PAGO VÁLIDO.  
CONSERVELO.

EL PAGO ESTÁ SUJETO A IMPUTACIÓN DE LA ENTIDAD



Posadas, 17 de Octubre de 2024.-

**DISPOSICION N° 2351/24**

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTTE N° 3561-A-24, SOSA SILVIA RAQUEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE JOFRE MARIO GUSTAVO”.-

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Silvia Raquel en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 21.305.652 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de JOFRE Mario Gustavo D.N.I. N° 22.578.133, (Acta 404-Tomo 3°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Obera-Mnes) el año de nacimiento del causante, donde se consignó: “1972”, debiendo ser: “1971” y consignar el estado civil del mismo, debiendo ser: “**Casado**” y era cónyuge de: “**RAMIREZ VILLALBA Agustina**”.-

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, 4) Acta de matrimonio del mismo.-

Que se accede por informe N° 519/24 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 JOFRE Mario Gustavo, (Acta 404-Tomo 3°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Obera-Mnes) el año de nacimiento del causante, donde se consignó: “1972”, debiendo ser: “1971”.-

**ARTICULO 2: CONSIGNESE**, en el mismo Acta descripta en el Art. 1°, el estado civil del causante, debiendo ser: “**Casado**” y era cónyuge de “**RAMIREZ VILLALBA Agustina**”.-

**ARTICULO 3: COMUNIQUESE**, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Obera-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

**ARTICULO 4: REGISTRESE**, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

**ECHEVERRIA** Firmado digitalmente  
Paula Brigida por ECHEVERRIA Paula  
Brigida  
Fecha: 2024.10.17  
11:03:00 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
3	404	2024

DEFUNCIÓN

En Oberá - OBERA  
República Argentina, a Quince de Agosto  
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de JOFRE Mario Gustavo  
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
estado N/D  
profesión Jubilado Doc. Ident DNI: 22578133  
Domicilio Las Margaritas 5242-Ciudad Jardín El Libertador-Buenos Aires.  
Hijo de: \_\_\_\_\_  
y de: \_\_\_\_\_  
Nacido en Buenos Aires el 08 de Noviembre de 1972  
Ocurrida en: Vía Pública Salto Encantado-Misiones  
El 13 de Agosto de 2024, a las 15:30 horas  
Causa de la Defunción: Muerte dudosa-solicito autopsia  
Certificado Médico: MEDICO MARIA ALEJANDRA VALLONE  
Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
Declarante: Mirta Isabel HIRCH Doc. Ident: 24218885  
Domicilio: Salto Encantado-Misiones  
Obra en Virtud de art 70-ley 26413.Oficio N°25854358/2024.Oberá,Misiones 15 de Agosto de 2024.Expte N°103923/2024,venido del Juzgado de Instrucción N°2,Secretaría N°1,de la Segunda Circunscripción Judicial de Misiones.Fdo.Horacio Heriberto ALARCON.JUEZ.

121

### Rectificación

Disposición N° 2351/2024 de fecha 17-10-2024, Expte N° 3561-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: JOFRE Mario Gustavo, (Acta 404- Tomo 3°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Oberá-Mnes.), el año de nacimiento del causante, donde se consignó: "1972", debiendo ser: "1971".- ART. 2° CONSIGNESE, en el mismo Acta descripta en el Art. 1°, el estado civil del causante, debiendo ser: "Casado" y era cónyuge de "RAMIREZ VILLALBA Agustina".- ART. 3° y 4° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 18-10-2024..



VIVIANA C. R. CASTILLO  
Dpto. Despacho  
Registro Provincial de las Personas

0389dfca3b79d486c1a2fdf5e7517aa2