

20/08/2025

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	ELOINA MIRIAM SOSA		
DNI / C.I	17594620	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	HONDURAS N° 659 JARDIN AMERICA	Tel.Cel	3743445762
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	64	1	64	2025	J. AMERICA HOSPITAL	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s		ELEGIR OPCION		DOMICILIO: ISIONES (INCORRECTO)		
Dato/s Correcto/s		DOMICILIO: MISIONES.- (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 CERTIFICADO DE DEFUNCION MEDICO	2	FOTOCOPIA DE ACTA DEFUNCION.-
3	FOTOCOPIA DE D.N.I 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



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



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

64

Tomo	Acta	Año
1	64	2025

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - SAMIC J. AMERICA
República Argentina, a Catorce de Agosto
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de AYALA BERNARDINO
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: PARAGUAY
estado CASADO
profesión _____ Doc. Ident DNI: 93121743
Domicilio ORINOCO 1092 Bº SAN MARTIN - JARDIN AMERICA- MISIONES.-
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en PARAGUAY- ITAPUA el 02 de Enero de 1938
Ocurrida en: ORINOCO 1092 Bº SAN MARTIN JARDIN AMERICA- MISIONES.-
El 13 de Agosto de 2025, a las 11:30 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORRESPIRATORIO NO TRAUMATICO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN
Era cónyuge de: MARIA ELBA CACERES
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.-

B-50 m/r



PS
SOSA ELOINA MIRIAM
Pública Titular
Registro Provincial de las Personas

5e84db9bd1a7910cf53a4834a8e2a6d9

Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
	14	08	2025
TOMO	FOLIO		ACTA
1	64		64

REGISTRO CIVIL DE

NÚMERO

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICADO

Varón ☒ Mujer ☐

D.N.I.

93.121.743

Olivuco 1092 B° San Mat

N° 1092

Provincia

Misiones

Años de edad, Nació el de

de enero

de 1938

Estado Civil

(1) casado

Nacionalidad

argentina

Profesión u ocupación

No afectado de:

Enfermedad

X

Muerte Violenta

☐ El Día 13 de agosto de 2013 a las 11:30 horas en: Los

Tiene atención médica durante la enfermedad

Sí ☒ No ☐ Lo atendió el médico

Si ☐ Si ☐

a lesión que le produjo la muerte?

No ☐ que suscribe

No ☒

Causa de la defunción:

a) Poco cardíaco b) Sepsis

Lugar donde ocurrió el hecho:

B° San Mat Catte Olivuco 1092 B° San Mat

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido

Dr. Roberto M. G. C.

Matrícula Profesional N°

102933

Domicilio Profesional: Calle

N° Dto. Piso

Localidad

Telefónica

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACIÓN:

Lugar

13 de agosto de 2013

Fecha

13 de agosto de 2013

Raban M.G.G.
Comisario
Policía de Misiones

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(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 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
		14	08	2025
2	Departamento o Partido	3	Delegación o Registro Civil	Número
	Sonfucos		Hospital de la Delegación	
4	TOMO	FOLIO	ACTA	
	1	64	64	

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

5	¿Fue atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?	Si 1 ☒ No 2 ☐	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Si 1 ☐ No 2 ☒
7	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN				
a) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)			
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.		c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)			
d) 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 5 ☐					
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 15 A 59 AÑOS CUMPLIDOS		* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 3 ☐			
		* 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		Nombre/s		D.N.I. Nº	
Hidalgo		González		93.121743	
10	Fecha de la defunción	13/08/2025		11	Fecha de nacimiento
				02-01-1938	
12	Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	Años		Sexo	
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años		87		Masculino 1 ☐	
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días		Meses		Femenino 2 ☐	
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Horas		Indeterminado 3 ☐	
		Minutos			
14	Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:			
* Establecimiento de salud público		3° de Mañay Calle Que 1092			
* Establecimiento privado, obra social, etc.		3° de Mañay			
* Vivienda (domicilio) particular					
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)					
15	Domicilio donde se produjo:	Calle y Nº / Ruta y Km.			
Localidad/Paraje		3° de Mañay Calle Que 1092			
		Departamento o Partido			
		San Y			
		Provincia			
		Mun			
16	Vivió habitualmente en:	Calle y Nº / Ruta y Km.			
Localidad/Paraje		Calle Que 1092 3° de Mañay			
		Departamento o Partido			
		San Y			
		Provincia (o país para extranjeros)			
		Mun			
		País			
17	Pertenencia o estado asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)				

Continúa al dorso

DATOS DEL FALLECIDO

Nunca asistió	01	☐					
S.E. No reformado	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo	
- Primario	02	03	☐	- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	12	☐
- Secundario	04	05	☐	- Ciclo EGB 3ro.	13	14	☐
Superior o universitario	06	07	☐	- Polimodal	15	16	☐

19 ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia		1	☐
• No trabajaba	Buscaba trabajo	2	☐
	No buscaba trabajo	3	☐

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 ESTÁ INSCRIBIENDO

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

Cual es el máximo nivel de instrucción que alcanzo (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola opción)		S. E. Reformado		S. E. Actual	
		Incompleto	Completo	Incompleto	Completo
• Nunca asistió	01 ☐				
• S. E. No reformado					
-- Primario	02 ☐			11 ☐	12 ☐
-- Secundario	04 ☐			13 ☐	14 ☐
• Superior o universitario	06 ☐			15 ☐	16 ☐
	07 ☐				

22 ¿Cuáles es su edad?
(años cumplidos)

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 responderlas
con los datos de la madre exclusivamente

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

Cual es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponde, una sola vez)		S. E. Reformado		S. E. No reformado	
	01 ☐	Incompleto	02 ☐	03 ☐	04 ☐
• Nunca asistió.					
• S. E. No reformado					
-- Primario	02 ☐		03 ☐		
-- Secundario	04 ☐		05 ☐		
• Superior o universitario	06 ☐		07 ☐		

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

25 ¿Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1 ☐
- No trabaja Busca trabajo 2 ☐
- No busca trabajo 3 ☐

28 ¿Cuál es su ocupación habitual?

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?

27. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? • gramos

29 Nació de un embarazo...

• Simple 1 ☐ → ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 ☐ → el que ☐ niños vivan;
produjo: ☐ defunciones fetales

Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos []

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

28 ¿Cuál fue su peso al morir?

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?

- semanas completas

Entre todos estos embarazos
cuántos hijos
nacidos vivos tuvo?

nacidos vivos 1998

31 En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al

embarazo de este niño?

Día	Mes	Año

- y cuántas defunciones fatales?

Apollide 8.1

Apellido y nombre Roberto
Medico 1 ☒ Domicilio

Professional: Calle

Matrícula
Profesional N° 02833

Nº

Firma **Raban M.G.G.**
Comisario
Policia de Misiones

2

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA
Apellido / Surname
AYALA
Nombre / Name
BERNARDINO
Sexo / Sex: M Nacionalidad / Nationality: PARAGUAYA Ejemplar: C
Fecha de nacimiento / Date of birth: 02-ENE/ JAN 1938
Fecha de emisión / Date of issue: 18-MAR/ MAR 2019
Fecha de vencimiento / Date of expiry: 28-MAR/ MAR 2034
Documento / Document: 93.121.743
Trámite Nº / Of. ident.: 00587450413
8228
Firma Identificado / Signature: *Bernardo*
EXTRANJERO

CUIL: 20-93121743-8

IDARG93121743<4<<<<<<<<<<<<<<<
3801024M3403266PRY<<<<<<<<<<<<O
AYALA<<BERNARDINO<<<<<<<<<<<<



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE GOBIERNO
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. 2455-A-25, SOSA ELOINA MIRIAM S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE AYALA BERNARDINO".-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Eloina Miriam en su carácter de Firma Autorizada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 17.594.620 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de AYALA Bernardino D.N.I. N° 93.121.743, (Acta 64-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes.) el domicilio del causante, donde se consignó: "Orinoco 1092-B° San Martín-Jardín América-Misiones", debiendo ser: "**Orinoco 1092-B° San Martín-Jardín América-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) Constancia de D.N.I. en trámite 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° 438/25
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

DR. NATALUCCI F. NICOLAS
Firma Autorizada
Reg. Públ. de las Personas



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

Posadas, 22 de Agosto de 2025.

DISPOSICION N° 1734/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 2455-A-25, SOSA ELOINA MIRIAM S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE AYALA BERNARDINO".-

DR. NATALUCCI F. NICOLAS
Firma Autorizada
Reg. Pol. de las Personas

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Eloina Miriam en su carácter de Firma Autorizada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 17.594.620 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de AYALA Bernardino D.N.I. N° 93.121.743, (Acta 64-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes.) el domicilio del causante, donde se consignó: "Orinoco 1092-B° San Martín-Jardín América-Misiones", debiendo ser: "**Orinoco 1092-B° San Martín-Jardín América-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) Constancia de D.N.I. en trámite del causante.-

Que se accede por informe N° 438/25 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 AYALA Bernardino, (Acta 64-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes.) el domicilio del causante, siendo lo correcto: "**Orinoco 1092-B° San Martín-Jardín América-Misiones**".-

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: 2025.08.22 09:41:23
+03'00'



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

64

Tomo	Acta	Año
1	64	2025

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - SAMIC J. AMERICA
República Argentina, a Catorce de Agosto
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de AYALA BERNARDINO
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: PARAGUAY
estado CASADO
profesión _____ Doc. Ident DNI: 93121743
Domicilio ORINOCO 1092 B° SAN MARTIN - JARDIN AMERICA- MISIONES.-
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en PARAGUAY- ITAPUA el 02 de Enero de 1938
Ocurrida en: ORINOCO 1092 B° SAN MARTIN JARDIN AMERICA- MISIONES.-
El 13 de Agosto de 2025, a las 11:30 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORRESPIRATORIO NO TRAUMATICO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN
Era cónyuge de: MARIA ELBA CACERES
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.

81

Rectificación

Disposición N° 1734/25 de fecha 22-08-2025. Expte N° 2455-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de AYALA Bernardino, (Acta 64- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América- Mnes.) el domicilio del causante, siendo lo correcto: "Orinoco 1092-B° San Martín- Jardín América- Misiones".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 25-08-2025.



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

5e84db9bd1a7910cf53a4834a8e2a6d9