

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.

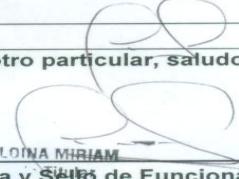
**OBSERVACIONES:**

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

  
Firma de Solicitante



  
Firma y Sello de Funcionario

Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de  
las Personas

64

## REPUBLICA ARGENTINA

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 DEFUNCION 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.-**



*P.S.*  
SOSA ELOINA MIRIAM  
Domiciliada Titular  
Registro Provincial de las Personas

5e84db9bd1a7910cf53a4834a8e2a6d9

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de  
Inscripción: 14 08 2015  
TOMO 1 FOLIO 64 ACTA 64

San Ignacio

Hospital Jardín Andén

CERTIFICO que Dona

Myola Berner

D.N.I. 93.121.943

Lugar de defunción

Provincia Misiones

Localidad Begoña

Estado Civil (1) casado

Me refiero a la

Enfermedad

Causa de la defunción

Lugar donde ocurrió el hecho:

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido

Domicilio Profesional: Calle

Localidad

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar:

Fecha:

Centrífuga en calle Oviedo 1092 B° San Martín

Nº 1092

Varón  Mujer

81 Años de edad, Nacido el 2 de enero

de 1938

Profesión u ocupación

Muerte Violenta  El Día 13 de agosto

de 2015 a las 11:30 horas en:

Si 1  No 2

Lo atendió el médico

que suscribe

Si 1  No 2

Matrícula Profesional N° 02933

Nº \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_ Piso. \_\_\_\_\_

Teléfonos

Raban M.G.G.

Comisario

Policia de Misiones

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

(S) 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

2 Departamento o Partido  
Cordillera

3 Delegación o Registro Civil

Hospital del Bío Bío

Número

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

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (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 Pasar a Preg. 7

Lo atendió el médico

que suscribe?

Si

No

INTERVALO APROXIMADO ENTRE  
EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD  
Y LA MUERTE

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

8 a) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.

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

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 pasajero, conductor, acompañante, pasajero, etc.

c) Lugar donde ocurrió el hecho:

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 18 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

\* Estuvo embarazada en los últimos doce meses?

Si

No

Se ignora

2 } 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

Nombre/s

D.N.I. N°

10 Fecha de la defunción

Día Mes Año

13 13 08 2025

11 Fecha de nacimiento

02-01-1938

12

Sexo

H

Meses

Horas

Días

Minutos

Masculino

Femenino

Indeterminado

Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

\* 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

13 Ocurrió en...

\* Establecimiento de salud público  
\* Establecimiento privado, obra social, etc.

\* Vivienda (domicilio) particular

\* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)

1

2

3

4

→

→

→

→

Pasar a

Preg.

15

Nombre del establecimiento:

3- Seu Mat. Colle Qui 1092

Seu Qui

No Usar

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

Localidad/Paraje

Departamento o Partido

Seu

Provincia

Mur

16 Vivió habitualmente en:

Calle y N° / Ruta y Km.:

Localidad/Paraje

Departamento o Partido

Seu

Provincia (o país para extranjeros)

Mur

País

17 Pertenecía o estaba casado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

Número 4

Continua al dorso

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

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

- Nunca asistió
- S.E. No reformado
- Primario
- Secundario

01

Incompleto      Completo  
02      03  
04      05

Superior o universitario

06

07

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
– Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	12
– Ciclo EGB 3ro.	13	14
– Polimodal	15	16

17. Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia
- No trabajaba      Buscaba trabajo
- No buscaba trabajo

1

2

3

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

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

- Nunca asistió
- S.E. No reformado
- Primario
- Secundario

01

Incompleto      Completo  
02      03  
04      05

Superior o universitario

06

07

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
– Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	12
– Ciclo EGB 3ro.	13	14
– Polimodal	15	16

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 responderlas con los datos de la madre exclusivamente

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

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

- Nunca asistió
- S.E. No reformado
- Primario
- Secundario

01

Incompleto      Completo  
02      03  
04      05

Superior o universitario

06

07

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
– Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	12
– Ciclo EGB 3ro.	13	14
– Polimodal	15	16

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

25. Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia
- No trabaja      Busca trabajo
- No busca trabajo

1

2

3

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...		30. Cuántas semanas completas duró la gestación?	31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?
• Simple	Ir a pregunta siguiente	• semanas completas	Día      Mes      Año
• Múltiple	el que _____ niños vivos, y produjo: _____ defunciones fetales		
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 CUMPLIMENTO EL INFORME

Apellido: <i>Raban M.G.G.</i>	Nombre: <i>Rabau M.G.G.</i>	Matrícula Profesional N°: <i>02633</i>
Medico: <input checked="" type="checkbox"/>	Domicilio: <i>Comisario</i>	Firma: <i>Rabau M.G.G.</i>
Profesional: <i>Calle</i>	Profesional N°: _____	Comisario: <i>Policía de Misiones</i>





2025 "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la lucha contra el abuso, la Violencia en todas sus formas, los Ciberdelitos, por la Accesividad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la concientización y Promoción de la Funga Misionera"



A LA SEÑORA  
**DIRECTOR GENERAL**  
DEL REGISTRO PROVINCIAL  
DE LAS PERSONAS  
S / D:

**Posadas,.....**

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 1º-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Jardín América-Mnes.) el domicilio del causante, donde se consignó: "Orinoco 1092-Bº San Martín-Jardín América-Misiones", debiendo ser: "**Orinoco 1092-Bº 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. NIEGLAS  
Firma Autorizada  
Reg. Provincial de las Personas

2025 "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la lucha contra el abuso, la Violencia en todas sus formas, los Ciberdelitos, por la Accesividad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la concientización y Promoción de la Funga Misionera"



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. NATALUCCHI, NICOLAS  
Firma Autorizada  
Reg. Patal. de las Pers.

**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 Firmado digitalmente por  
ECHEVERRIA Paula Brígida  
Fecha: 2025.08.22 09:41:23  
Paula Brígida 03.00



Registro Provincial de  
las Personas

64

## REPUBLICA ARGENTINA

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 DEFUNCION 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.-

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-Bº 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 Dpto. Despacho  
Registro Provincial de las Personas

5e84db9bd1a7910cf53a4834a8e2a6d9