

11/12/2025

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

SOLICITANTE

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

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	722	4	122	2025	OBERA 1°	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		AÑO FALLECIMIENTO 2027			
Dato/s Correcto/s	AÑO 2025					

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	CERTIFICADO DE DEFUNCION	2	Haga clic aquí para escribir texto.
3	Haga clic aquí para escribir texto.	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
Oberá

Firma y Cel. de Funcionario



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
4	722	2025

DEFUNCIÓN

En Oberá - OBERA
 República Argentina, a Cuatro de Diciembre
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de
GALEANO Hector Saul
 Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**
 estado N/D
 profesión Empleado Doc. Ident DNI: 14063037
 Domicilio Sgto Cabral 954-Oberá-Misiones
 Hijo de:
 y de:
 Nacido en Misiones el 27 de Julio de 1960
 Ocurrida en: Oberá-Misiones
 El 01 de Diciembre de 2027, a las 09:50 horas
 Causa de la Defunción: **Traumatismo contuso penetrante craneoencefálico gravísimo-
Proyectil arma de fuego**
 Certificado Médico: **MEDICO DIEGO DAVID GONZALEZ**
 Era cónyuge de:
 Declarante: **Gerardo Egon LAUBE** Doc. Ident: **14335417**
 Domicilio: Sarmiento N 480 - Oberá-Misiones
 Obra en Virtud de ser propietario empresa fúnebre Art 70-Ley 26413 Oficio
 N°31500566/2025 Oberá,Misiones 03 de diciembre de 2025.Expte N° 190916/2025venido
 del Juzgado de Instrucción N°2,Secretaría N°1,de la Segunda Circ.Judicial de
 Misiones.Leída el acta,firma conmigo el declarante.



h2c450336c4222e3cea68d37aaafa75fd

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción

Dia

Mes

Año

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/a GALEANO HECTOR SAUL

Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 14.063.037 Domiciliado/a en calle SGTO CABRAL 954

Nº

Localidad OBERA Provincia MISIONES de 65 Años de edad, Nacido el 27 de JULIO de 1960

en MISIONES Estado Civil (1) Nacionalidad ARGENTINO Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Dia 01 de DICIEMBRE de 20 25 a las 9:50 horas en: OBERA

✓ Tuvo atención médica durante la enfermedad SI 1 Lo atendió el médico SI 1

o lesión que le produjo la muerte? No 2 que suscribe No 2

Causa de la defunción a) TRAUMATISMO CONTUSO PENETRANTE b) PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO

Lugar donde ocurrió el hecho: OBERA

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido DIEGO DAVID GONZALEZ Matrícula Profesional Nº 4558

Domicilio Profesional: Calle AV ALEM Nº 3417 Dto. Piso.

Localidad POSADAS - MISIONES Teléfono

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSADAS

Fecha: 02 de DICIEMBRE de 20 25

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

Para el Registro Civil - Valor Legal

(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

② Departamento o Partido	③ Delegación o Registro Civil	Número	④ DÍA	Mes	Año
.....	OBERA	1511	04	07	2025

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?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/>	⑥ Le atendió el médico que suscribió?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE			
⑦ CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	<p>a) TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO CONTUSO PENETRANTE GRAVISIMO</p> <p>b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO</p> <p>c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)</p>		
⑧ EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)	<p>* Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/></p> <p>b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo: caída de un animal, 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.</p> <p>c) Lugar donde ocurrió el hecho:</p>		
⑨ PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS	* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	Continuar abajo	* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>			

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s GALEANO	Nombre/s HECTOR SAUL		D.N.I. N° 14.063.037		
⑩ Fecha de la defunción	Día 0, 1	Mes 1, 2	Año 2, 0, 2, 5	⑪ Fecha de nacimiento	27 JULIO 1960
⑫ Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	<p>* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años</p> <p>* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días</p> <p>* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos</p>			⑬ Sexo	Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
⑭ Ocurrió en...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del establecimiento: Pasar a Preg. ⑮	4 <input type="checkbox"/>
⑮ Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:	Localidad/Paraje		Departamento o Partido		Provincia
Vivia habitualmente en: SGTO CABRAL 954					
⑯ Localidad/Paraje OBERA	Departamento o Partido		Provincia (o país para extranjeros) MISIONES		País
⑰ Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)					
* Obra Social 1 <input 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 ESTADÍSTICAS VITALES



110. SGTO CABRAL 954 - OBERÁ - OBERÁ - MISIONES
AR DE TERRITORIO MISIONES

—
—
—



OBERÁ - OBERÁ - MISIONES



卷之三

CUI: 20-14063037-4

2025 "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la lucha contra el abuso, la Violencia en todas sus formas, los Cibercrimenes, por la Accesibilidad 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,.....

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

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados "EXPTE. 3960-A-25, SOSA SILVIA RAQUEL, S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE GALEANO HECTOR SAUL".-

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 GALEANO Hector Saul D.N.I. N° 14.063.037, (Acta 722-Tomo 4º-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Obera-Mnes.) el año de fallecimiento, donde se consignó: "2027", debiendo ser: "2025".-

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.-

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° 648/25
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

DR. NATALUCCHI, NICOLAS
Firma Autorizada
Reg. Profesional de las Personas