

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 DEFUNCIÓN	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

Firma y Sello 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 DEFUNCIÓN 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-
 Proyectoil 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° 190916/2025 venido del Juzgado de Instrucción N° 2. Secretaría N° 1, de la Segunda Circ. Judicial de Misiones. Leída el acta, firma conmigo el declarante.



SILVIA RAQUEL SOSA
Reg. P. O. Civil de Misiones

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de inscripción: Día 04, Mes JUL, Año 2015

DEPARTAMENTO: [] REGISTRO CIVIL DE: OBERA NUMERO: [] TOMO: 4 FOLIO: 122 ACTA: 122

CERTIFICO que Don/ña 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 Día 01 de DICIEMBRE de 2015 a las 9:50 horas en: OBERA
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Si 1 No 2 Lo atendió el médico Si 1 No 2
o lesión que le produjo la muerte? que suscribe
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 Día [] Piso []
Localidad POSADAS - MISIONES Teléfono []
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSADAS
Fecha: 02 de DICIEMBRE de 2015 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Para el Registro Civil - Valor Legal

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

(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	COMO	FOLIO	ACTA
			Obero	1511	4	127	127	

Fecha de inscripción	Día	Mes	Año
	04	11	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	¿Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

7	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	INTERVALO APROBADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
I)	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.	a) TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO CONTUSO PENETRANTE GRAVISIMO b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO 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)	* Accidente 1 <input type="checkbox"/>	* Suicidio 2 <input type="checkbox"/>	* Homicidio 3 <input type="checkbox"/>	* Se ignora 9 <input type="checkbox"/>
a)	Indicar si fue por:				
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 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"/>	* 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	Nombre/s	D.M.I. N°	
GALEANO	HECTOR SAUL	14.063.037	
10	Fecha de la defunción	11	Fecha de nacimiento
	Día Mes Año		
	0 1 1 2 2 0 2 5		27 JULIO 1960

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		Años: 65	Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días		Meses: _____	Femenino 2 <input type="checkbox"/>
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Horas: _____	Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>
		Minutos: _____	

14	Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:	
* Establecimiento de salud público	1 <input type="checkbox"/>		
* Establecimiento privado, obra social, etc.	2 <input type="checkbox"/>		
* Vivienda (domicilio) particular	3 <input checked="" type="checkbox"/>		
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)	4 <input type="checkbox"/>		
		5	¿Pasó a Preg. 15?

15	Domicilio donde se produjo:	Calle y N° / Ruta y Km.:
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	Provincia

16	Vivia habitualmente en:	Calle y N° / Ruta y Km.:	
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	Provincia (o país para extranjeros)	País
OBERA		MISIONES	

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

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE
Apellido / Surname
SALEANO

Nombre / Name
HERNAN SAUL

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

Fecha de nacimiento / Date of birth: 27 JUL 1960

Fecha de emisión / Date of issue: 09 AUG 2015

Fecha de vencimiento / Date of expiry: 12 AGO / AUG 2030

Documento / Document: **40881087**

Trámite N° / Of. Ident.: 0032044681

057

Firma certificada / SIGNATURE

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"



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. 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 4°-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. NATALUCCI F. NICOLAS
Firma Autorizada
Reg. Públ. de las Personas



Posadas 05 de Enero de 2026

DISPOSICION N° 10/2025

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPT E N° 3960-A-25, SOSA SILVIA RAQUEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE GALEANO HECTOR SAUL".-

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

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 GALEANO Hector Saul D.N.I. N° 14.063.037, (Acta 722-Tomo 4°-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 se accede por informe N° 648/25 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 GALEANO Hector Saul, (Acta 722-Tomo 4°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Obera-Mnes.) el año de fallecimiento, siendo el correcto: "2025".-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Obera-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: 2026.01.05
08:59:54 -03'00'



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 DEFUNCIÓN 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 08 de Enero de 2026, 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.

1

Rectificación

Disposición N° 10/25 de fecha 05-01-2026. Expte N° 3960-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de GALEANO Hector Saul, (Acta 722- Tomo 4°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Oberá- Mnes.) el año de fallecimiento, siendo lo correcto: "2025".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 08-01-2026.



Eloisa Aracilosa
 ELOISA ARACILOSA
 Jefa Depto. Inspectoría
 Registro Provincial de las Personas



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 DEFUNCIÓN 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.

Rectificación

Disposición N° 10/25 de fecha 05-01-2026. Expte N° 3960-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de GALEANO Hector Saul, (Acta 722- Tomo 4° - Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Oberá- Mnes.) el año de fallecimiento, siendo lo correcto: "2025".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 08-01-2026.



Eloisa Arachi Sosa
ELOISA ARACHI SOSA
Jefa Depto. Inspectiva
Registro Provincial de las Personas