

30/03/2023

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	GRACIA MARIA INES BEJARANO		
DNI / C.I	18265245	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	JARDIN AMERICA MISIONES	Tel.Cel	3743453327
En carácter de:	EMPLEADA DE RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
DEFUNCIÓN	2	1	2	2026	CDR JARDIN AMERICA	ORIGINAL

Dato/s Incorrecto/s	NACIONALIDAD	ARGENTINA
Dato/s Correcto/s	PARAGUAYA	

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:

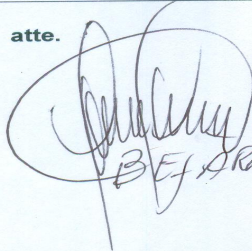
1	ACTA DE DEFUNCIÓN	2	DNI DEL TITULAR
3	Haga clic aquí para escribir texto.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

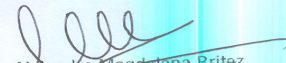
POR ERROR EN CARGAR LA NACIONALIDAD DE LA DEFUNCIÓN

Sin otro particular, saludo a Ud. muy

atte.


 BEJARANO, GRACIA




 Alejandra Lagatena Britoz
 FIRMA AUTORIZADA
 Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	2	2026

DEFUNCIÓN

En **San Ignacio - JARDIN AMERICA**
 República Argentina, a **Doce** de **Enero**
 de **2026** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de
FRANCO TERESA
 Sexo: **FEMENINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**
 estado: **N/D**
 profesión: **JUBILADA** Doc. Ident: **DNI: 93697507**
 Domicilio: **RIO PRIMERO S/Nº Bº SAN MARTIN JARDIN AMERICA MISIONES**
 Hijo de:
 y de:
 Nacido en **PARAGUAY** el **27** de **Mayo** de **1957**
 Ocurrida en: **SU DOMICILIO**
 El **09** de **Enero** de **2026** a las **10:25** horas
 Causa de la Defunción: **PARO CARDIO RESPIRATORIO NO TRAUMATICO**
 Certificado Médico: **MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN**
 Era cónyuge de:
 Declarante: **Miguel Angel BARRETO** Doc. Ident: **26339185**
 Domicilio: **COLOMBIA Nº 634 JARDIN AMERICA MISIONES**
 Obra en Virtud de **SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.**

Handwritten signature



Handwritten signature
LEZCANO ANA SAKTA
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas

Formulario de Entrega Gratuita

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

Fecha de Inscripción: Día 12, Mes 01, Año 2020
TOMO 2, FOLIO 2, ACTA 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO SAN IGNACIO REGISTRO CIVIL DE JARDIN AUBERCA NUMERO 2280

CERTIFICO que Don/ña Franco Ferrer Varón Mujer

D.N.I./L.E./C.I. 83687507 Domiciliado/a en calle Rio Primero B° San Martín N° 2/4 de 1953

Localidad: La Sues Provincia: Misiones de 69 Años de edad, Nacido el 27 de mayo de 1953

en: Ptepecy Estado Civil (1) Viudo Nacionalidad: argentino Profesión u ocupación: -

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 09 de enero de 2020 a las 10:25 horas en: con

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si 1 No 2 Lo atendió el médico que suscribe Si 1 No 2

¿Causa de la defunción? a) Pericardio no tuberculoso b) Infarto agudo de miocardio

Lugar donde ocurrió el hecho: B° San Martín Rio Primero 51-4027, La Sues

PROFESIONAL CERTIFICANTE Nombre y Apellido: Dr. Roberto M. G. de Matricula Profesional N° 02933

Domicilio Profesional: Calle J de Localidad: J de Dto. Piso: Teléfonos: -

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION: J de de 09 de mayo de 2020

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

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

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

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

19. ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabajaba	
Buscaba trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>

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)

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

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	01 <input type="checkbox"/>						
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo		
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>		
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>		
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>		

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

25. ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabaja	
Busca trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>

26. ¿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 del niño al nacer? • gramos _____

28. ¿Cuál fue su peso al morir? • gramos _____

29. Nació de un embarazo...

• Simple 1 → ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 → el que produjo: _____ niños vivos, y _____ defunciones fetales

30. ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas _____

31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

• Día _____ Mes _____ Año _____

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 CUMPLIMENTA EL INFORME

Médico 1 Apellido y nombre Rosario M. Pe Matricula Profesional N° 02933 Firma _____

Otro 2 Domicilio _____ Profesional: Calle _____ N° _____ Teléfono: _____

Raban M.G.G.
Comisario
Policia de Misiones

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

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
	12	01	2026
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 TOMO
SAN IGNACIO	JARDIN AMERICA	2280	01
			FOLIO
			2
			ACTA
			2

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 checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input checked="" type="checkbox"/>
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN					
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.					
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morboza que la produjo.					
a) <u>Por causas no las</u> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>los que son</u> c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)					
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)					
a) Indicar si fue por: * Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/>					
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 19 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.N.I. Nº
Franco	Teuro	93697507
10 Fecha de la defunción	11 Fecha de nacimiento	
Día Mes Año	27 mayo 1957	
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. * 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.	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	
14 Ocurrió en:	Nombre del establecimiento:	
1 <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud público 2 <input type="checkbox"/> Establecimiento privado, obra social, etc. 3 <input checked="" type="checkbox"/> Vivienda (domicilio) particular 4 <input type="checkbox"/> Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)	Rio Puros S.A. No Usar	
15 Domicilio donde se produjo:	Calle y Nº / Ruta y Km.	
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	
Vivia habitualmente en:	Calle y Nº / Ruta y Km.	
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	
Localidad/Paraje	Departamento o Partido	
17 Pertenecía o estaba asociado a:	* Ambos 9 <input type="checkbox"/> * Ninguno 4 <input type="checkbox"/>	

Continúa al dorso

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

IDENTIFICACION PERSONAL

Apellido / Surname
FRANCO

Nombre / Name
TERESA

Sexo / Sex. Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F PARAGUAYA B

Fecha de nacimiento / Date of birth
27 MAY 1957

Fecha de emisión / Date of issue
12 SEP / SEP 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 SEP / SEP 2039

Trámite N° / Of. ident.
0072505632
8228

Documentos / Documents
93.697.507

FRAMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



21-01-26

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	ALEJANDRA MAGDALENA BRITZ		
DNI / C.I	24674884	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	JARDIN AMERICA	Tel.Cel	3743474755
En carácter de:	DELEGADA		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
DEFUNCIÓN	2	1	2	2026	CDR JARDIN AMERICA	ORIGINAL

Dato/s Incorrecto/s	NACIONALIDAD	ARGENTINA
Dato/s Correcto/s	PARAGUAYA	

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	ACTA DE DEFUNCIÓN	2	DNI DEL TITULAR
3	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

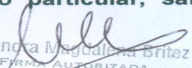
POR ERROR EN CARGAR LA NACIONALIDAD DE LA DEFUNCIÓN

Sin otro particular, saludo a Ud. muy

atte.


 BRITZ, ALEJANDRA MAGDALENA
 Firma de Solicitante




 Alejandra Magdalena Britz
 FIRMA AUTORIZADA
 Registro Provincial de las Personas

Firma y Sello de Funcionario



MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

2026- "Año de la concientización y abordaje de las enfermedades poco frecuentes, de la prevención de consumos problemáticos y adicciones, del uso responsable de la tecnología, de la innovación en la chacra y de las democracias inteligentes"

28 de enero del 2026, Posadas Misiones

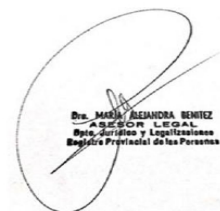
EXPTE N° 111-A-2026 Reg.
DGRPP caratulados: "S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION FRANCO TERESA"

**SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL
REGISTRÓ PROVINCIAL DE LAS PERSONAS:**

Cotejadas y analizadas la documentales acompañadas, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende que, salvo mejor criterio, corresponde hacer lugar a la rectificación de datos solicitada a fs.1; dando el visto bueno, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Así opino.-

ASESORÍA LETRADA DEL R.P.P.



Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
ASESORA LEGAL
Dep. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 29 de Enero de 2026.

DISPOSICIÓN N° 223/26

VISTOS:

CARATULA	EXPT E N° 111-A-2026 Reg. DGRPP caratulados: “ S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION FRANCO TERESA”
----------	---

CONSIDERANDO:

SOLICITANTE	GRACIA MARIA INES BEJARANO
DNI	18265245
En carácter de:	FIRMA AUTORIZADA

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	2	1	2	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	J. AMERICA

QUE, corresponde encuadrar el presente trámite dentro del marco normativo establecido por el Artículo 85 de la Ley N° 26413, Ley I – N° 89 (Antes Ley 2970) y normativas concordantes, conforme lo dictaminado oportunamente por el Departamento Jurídico y Legalizaciones, en los presentes autos trámite;

POR ELLO:

LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS DISPONE:

ARTICULO 1°: RECTIFÍQUESE, mediante nota marginal en el cuerpo del acta que a continuación se describe:

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	2	1	2	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	J. AMERICA

el siguiente dato: nacionalidad de la causante, debiendo ser: **PARAGUAYA.-**

ARTICULO 2°: COMUNÍQUESE oportunamente, por Departamento Despacho del D.G.R.P.P a la Delegación que correspondiere, a los efectos del efectivo cumplimiento de la presente disposición.-

ARTICULO 3°: REGÍSTRESE, Comuníquese, cumplido, **ARCHÍVESE** por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA
Paula Brigida

Firmado digitalmente
por ECHEVERRIA
Paula Brigida
Fecha: 2026.01.29
10:37:34 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

2

Tomo	Acta	Año
1	2	2026

DEFUNCIÓN

En San Ignacio - JARDIN AMERICA
 República Argentina, a Doce de Enero
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de _____
FRANCO TERESA
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión JUBILADA Doc. Ident DNI: 93697507
 Domicilio RIO PRIMERO S/Nº Bº SAN MARTIN JARDIN AMERICA MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en PARAGUAY el 27 de Mayo de 1957
 Ocurrida en: SU DOMICILIO
 El 09 de Enero de 2026, a las 10:25 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIO RESPIRATORIO NO TRAUMATICO
 Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Miguel Angel BARRETO Doc. Ident: 26339185
 Domicilio: COLOMBIA Nº 634 JARDIN AMERICA MISIONES
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.

17

Rectificación

Disposición N° 223/26 de fecha 29-01-2026. Expte N° 111-A-2026. ART. 1° RECTIFÍQUESE mediante nota marginal, en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 2- Tomo 1- Folio 2- Año 2026- Copia Archivo/Delegación- Delegación J. America, el siguiente dato: nacionalidad de la causante, debiendo ser: PARAGUAYA.- ART. 2° Y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverria, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 04-02-2026.



[Signature]
VIVIANA C. R. CASTILLO
 Jefa Opto. Despacho
 Registro Provincial de las Personas

8da79e55f0d5dd10130c039a5362b30f