

10/02/2026

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	21.305.682	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	CORDOBA N°54- OBERÁ	Tel.Cel	Haga clic aquí para escribir texto.
En carácter de:	DELEGADA		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
DEFUNCIÓN	53	1	53	2026	OBERÁ N°1511	-----

Dato/s Incorrecto/s	FECHA DE NACIMIENTO	DICE: 01/02/2026
Dato/s Correcto/s	DEBE DECIR: 17/08/2003	

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 DEFUNCIÓN	2	ACTA NACIMIENTO
3	DNI	4	COPIA CERT DEFUN

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
1	53	2026

DEFUNCIÓN

En Oberá - OBERA
 República Argentina, a Tres de Febrero
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de
BARBOZA Milagros Atalia
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión - Doc. Ident DNI: 45392683
 Domicilio Pje El Cruce- San Javier- Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Misiones el 01 de Febrero de 2026
 Ocurrida en: Hospital Nivel 3-Oberá-Misiones
 El 01 de Febrero de 2026, a las 21:30 horas
 Causa de la Defunción: Hipoxemia Refractaria- Neumonía Grave
 Certificado Médico: MEDICO LINDA BEATRIZ ZACARIAS
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Paola de Fatima FLORES Doc. Ident: 33736537
 Domicilio: San Javier- Misiones
 Obra en Virtud de Ser empleada de empresa fúnebre. Leída el acta, firma conmigo el declarante.



BENITEZ JAVIER ALEXANDER
 Firma Autorizada
 Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

I	31	2004
TOMO	ACTA	ARO

NACIMIENTO

En San Javier. Misiones República Argentina, a 09 de Febrero

de 2004 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el NACIMIENTO de

BARBOZA
Milagros
Atalia

Milagros Atalia D. N. I. Nº 45.392.683

Sexo Femenino nacido el 17 de Agosto de 2003

a las 22³⁰ horas, en Oberá. Misiones.

Hijo de Amadeo BARBOZA

nac Argentina Doc. Ident. DNI 12.189.646

y de Catalina PAEZ (nac Arg) Doc. Ident. DNI 14.288.702

Apellido BARBOZA

Según certificado de le D^{ca} Luisa I. M. de MAYOL

Declarante Amadeo BARBOZA (nac Arg) Doc. Ident. DNI 12.189.646

Domicilio Chorra 42 - San Javier, Misiones Obra en virtud de ser el padre.

"Se Opera en virtud de Ley Nacional N° 25818". Leída el

Acta la firman con misgo los padres.

Amadeo Barboza
Catalina Paéz



CATALINA PAEZ SANTOS
FIRMA AUTORIZADA

Dpto. Necide el 18 de Agosto del 2003
Zacarías Lindo
10905531

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Fecha de Inscripción: Día 18, Mes 08, Año 2003
TOMO: FOLIO: ACTA:

DEPARTAMENTO: REGISTRO CIVIL DE: NUMERO:

CERTIFICADO que Don/ña Barbosa Milagros Atelia Varón Mujer
D.N.I. / L.C. / C.I. 45392683 domiciliado/a en calle 5/calle N.º S/N
Localidad Sra. Javier Provincia Misiones de 22 años de edad. Nacido el 18 de Agosto de 2003
en Misiones Estado Civil (1) Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación
Ha sido afectado de Enfermedad Muerte Violenta El Día 01 de Febrero de 2006 a las 21:30 horas en Osorio.
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si No ¿Se atendió al médico? Si No
¿Cuál es la causa que le produjo la muerte? No ¿Se suscribió? No
Causa de la defunción Hipoxemia Refractora y Neumía
Lugar donde ocurrió el hecho: Hospital Nival III de Osorio

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Linda Zaccaria Matrícula Profesional N.º S/N
Demérito Profesional Cate. Alice N.º S/N
Localidad Osorio Tel./Fonax 3455 9212

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION
Lugar Osorio
Fecha 01 de Febrero de 2006

Zaccaria
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO



Valor Legal para el Registro C. V.

(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 preparadas por el secretario estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17422)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción: Día 02, Mes 02, Año 2023

2 Departamento o Partido: OBRA 3 Delegación de Registro Civil: OBRA Número: VSI

4 TOMO: I FOLIO: 53 ACTA: 53

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 No 6 ¿Se atendió al médico que suscribe? Si No

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

8 Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente: Nipoxemia Respiratoria

9 Causa intermedia: Neumonía Gripe

10 Si la enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte fue consecuencia de: Medicamento

11 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (accidental)

12 a) Indicar si fue por: * Accidente * Suicidio * Homicidio * Se ignora

b) Cómo se produjo: Describir los circunstancias o situación en que ocurrió, como por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicofármaco, 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:

13 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 50 AÑOS CUMPLIDOS

* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si No Si ignora

* ¿Cuál fue el fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

La muerte estuvo relacionada con: Embarazo Parto Post-parto

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido: Bohza Nombre: Milagros Italia D.N.I. N°: 453.926.93

10 Fecha de la defunción: Día Mes Año 01 02 2023 11 Fecha de nacimiento: 17 de Agosto del 2023

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde correspondiera)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: 22 años

* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días: Meses 02 Días 02

* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: Horas 00 Minutos 00

14 Ocurrió en: 1 Establecimiento de salud público 2 Establecimiento privado (clínica, sucril, etc.) 3 Vivienda (domicilio) particular 4 Otro lugar (lugar anexo en vía pública, etc.)

Nombre del establecimiento: HOSPITAL Nivel III de OBRA

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km: Ru. Pince s/n

Localidad/Paraje: Obra Departamento o Partido: Obra Provincia: Misiones

16 Vivió habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km: Calle s/n

Localidad/Paraje: Barrido Obra Departamento o Partido: San Javier Provincia (o país para extranjeros): Misiones

17 Partinera * Estaba asociado al fallecido se menor de un año completar con los datos de la madre: * Obitario * Plan de salud prenatal o prenatal * Artbox * Otro

Dijo: Se el cuerpo grande



Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

11 ¿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		
- Primaria	02	<input type="checkbox"/>
- Secundaria	04	<input type="checkbox"/>
- Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>
- Superior o universitario	07	<input type="checkbox"/>
• S.E. Reformado		
- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>
- Incompleto	12	<input type="checkbox"/>
- Completo	14	<input type="checkbox"/>
- Completo	16	<input type="checkbox"/>

12 ¿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"/>

13 ¿Cuál era su ocupación habitual?

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 ESTA 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		
- Primaria	02	<input type="checkbox"/>
- Secundaria	04	<input type="checkbox"/>
- Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>
- Superior o universitario	07	<input type="checkbox"/>
• S.E. Reformado		
- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>
- Incompleto	12	<input type="checkbox"/>
- Completo	14	<input type="checkbox"/>
- Completo	16	<input type="checkbox"/>

22 ¿Cuál es su edad? (años completos)

• Años: _____

23 La madre convive en pareja? (y a su vez casada o en unión de hecho)

Si: No:

24 ¿Cuál es su ocupación habitual?

Responde Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente. Pasar a Preg. 28 y 29 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente.

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA 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		
- Primaria	02	<input type="checkbox"/>
- Secundaria	04	<input type="checkbox"/>
- Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>
- Superior o universitario	07	<input type="checkbox"/>
• S.E. Reformado		
- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>
- Incompleto	12	<input type="checkbox"/>
- Completo	14	<input type="checkbox"/>
- Completo	16	<input type="checkbox"/>

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

25 ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba 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 o a pregueta siguiente

• Múltiple al que nacieron vivos y defunciones fetales

30 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas: _____

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

Uro: _____ Mes: _____ Año: _____

32 Contando hasta el de este año, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? + embarazos _____

33 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Medico 1 Otro

Apellido y nombre: Barros Linares

Domicilio: Profesional: Calle de Pisco

Localidad: Obispo

Matricula Profesional N°: 2100550

Teléfono: 375542126

Bello: 0591



SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES



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”

11 de febrero del 2026, Posadas Misiones

EXPTE N° 263- A- 2026 Reg.
DGRPP caratulados: “SOSA
SILVIA RAQUEL S/
RECTIFICACION DE ACTA DE
DEFUNCION DE BARBOZA
MILAGROS ATALIA”

**SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL
REGISTRO 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
- ASESOR LEGAL -
Dpto. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 12 de Febrero de 2026.

DISPOSICIÓN N° 314/26

VISTOS:

CARATULA	EXPTE N° 263- A- 2026 Reg. DGRPP caratulados: “SOSA SILVIA RAQUEL S/ RECTIFICACION DE ACTA DE DEFUNCION DE BARBOZA MILAGROS ATALIA”
----------	---

CONSIDERANDO:

SOLICITANTE	SOSA SILVIA RAQUEL
DNI	21.305.682
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP

SOLICITA RECTIFICACIÓN DE DATOS EN LA SIGUIENTE ACTA:

ACTA	NUMERO	TOMO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	53	1°	2026	OBERA 1°	ARCHIVO/DELEGACIÓN

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 acta que a continuación se describe:

ACTA	NUMERO	TOMO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	53	1°	2026	OBERA 1°	ARCHIVO/DELEGACIÓN

el siguiente dato: fecha de nacimiento de la causante, siendo el correcto: **17 de Agosto de 2003.-**

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

ARTICULO 3°: **REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CUMPLIDO, ARCHÍVESE** por Departamento Despacho de la Dirección General del R.P.P.-

ECHVERRIA
Paula Brigida

Firmado digitalmente por
ECHVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2026.02.12
10:21:44 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	53	2026

DEFUNCIÓN

En Oberá - OBERA
 República Argentina, a Tres de Febrero
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de BARBOZA Milagros Atalia
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión - Doc. Ident DNI: 45392683
 Domicilio Pje El Cruce- San Javier- Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Misiones el 01 de Febrero de 2026
 Ocurrida en: Hospital Nivel 3-Oberá-Misiones
 El 01 de Febrero de 2026, a las 21:30 horas
 Causa de la Defunción: Hipoxemia Refractaria- Neumonía Grave
 Certificado Médico: MEDICO LINDA BEATRIZ ZACARIAS
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Paola de Fatima FLORES Doc. Ident: 33736537
 Domicilio: San Javier- Misiones
 Obra en Virtud de Ser empleada de empresa fúnebre. Leída el acta, firma conmigo el declarante.

Rectificación

Disposición N° 314/26 de fecha 12-02-2026. Expte N° 263-A-2026. ART. 1° RECTIFIQUESE, mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Numero 53- Tomo 1° - Año 2026, Delegación Oberá 1°- Copia Archivo/ Delegación, el siguiente dato: fecha de nacimiento de la causante, siendo lo correcto: 17 de Agosto de 2003.- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 13-02-2026.



ELOISA ARACISOCA
 Jefa Depto. Inspección
 Registro Provincial de las Personas