

24/02/2026

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

**SOLICITANTE**

Nombre y Apellido	SOSA ELOISA ARACI		
DNI / C.I	Nacionalidad	ARGENTINA	
Domicilio	AV. ANDRESITO S/N°- POSADAS	Tel.Cel	Haga clic aquí para escribir texto.
En carácter de:	FUNCIONARIA DEL R.P.P.		

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
DEFUNCIÓN	22	1°	22	2026	LEANDRO N ALEM	ARCHIVO Y DELEGACION

Dato/s Incorrecto/s	PROFESION CAUSANTE DEL	DICE: JUBILADO
Dato/s Correcto/s	DEBE DECIR: EMPLEADO	

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 A RECTIFICAR	2	RECIBO DE SUELDO
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.

ELOISA ARACI SOSA  
Jefa Depto. Inspectoría  
Registro Provincial de las Personas

Firma de Solicitante

Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

22

Tomo	Acta	Año
1	22	2026

DEFUNCIÓN

En Leandro N. Alem - L.N. ALEM  
República Argentina, a Diecinueve de Febrero  
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de BIEN Juan Daniel  
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
estado N/D  
profesión Jubilado Doc. Ident DNI: 16676824  
Domicilio Andres Breiteger 864 - Cerro Azul - Misiones  
Hijo de: \_\_\_\_\_  
y de: \_\_\_\_\_  
Nacido en Misiones el 26 de Abril de 1964  
Ocurrida en: Av del Libertador 139 - Leandro N. Alem - Misiones  
El 18 de Febrero de 2026, a las 13:40 horas  
Causa de la Defunción: Paro Cardiorespiratorio no traumatico  
Certificado Médico: MEDICO ALEJANDRO HORACIO CHATELET  
Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
Declarante: RICARDO HARALD WILCOMS Doc. Ident: 24725065  
Domicilio: Alte. Brown 156 - Leandro N. Alem - Misiones  
Obra en Virtud de ser encargado empresa fúnebre. Leída el acta firma conmigo el declarante.

e0a2681abd3d0b646b0c516d0b1619cf



MUNICIPALIDAD DE CERRO AZUL  
 CUIT: 30-68325107-7  
 Maipú 638

**RECIBO DE SUELDO ORIGINAL**

Apellido y Nombre			Documento	C.U.I.L.	F. Ingreso	Cargo	
BIEN JUAN DANIEL			16.676.824	20-16676824-2	01/01/2000	Administrativo/a	
Legajo	Jurisdicción	Categoría	Periodo Liq.	F. Pago	Lugar de Trabajo	Dias/D	Situación de Revista
7	20	c23	2026/01-01	29/01/26	MUNICIPALIDAD		PLANTA PERMANE
Conc.	Descripción	Unidad	Remunerativo	No Rem.	Sal. Familiar	Descuentos	
0001	SUELDO BASICO		175,000.00				
0010	ANTIGUEDAD	26.00	182,000.00				
0012	PRESENTISMO	1.00	35,000.00				
0020	TITULO SECUNDARIO		26,250.00				
0030	ORDENANZA 05/15		5,707.15				
0032	ADICIONAL REMUNERATIVO		4,098.62				
0034	RESOLUCION 42/22		7,532.05				
0036	ORDENANZA XV-7		99,709.00				
0038	CONV. DECR PROV 1145/22		164,320.01				
0068	AUMENTO MAYO/2024		91,798.68				
0070	AUMENTO JUNIO/2024		113,240.34				
0078	AUMENTO FEBRERO/25		79,746.16				
0082	AUMENTO MAYO / 2025		32,161.99				
0102	PRESENTISMO ADICIONAL						
0104	COMPLEMENTO COMPENSADOR			103,000.00			
0117	AUMENTO SEPTIEMBRE/2024			65,358.87			
0300	JUBILACION			70,000.00			
0302	OBRA SOCIAL					180,440.11	
0304	SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO					50,828.20	
0306	SERVICIO DE SEPELIO					1,400.00	
						3,913.77	
<b>Total Periodo</b>			<b>1,016,564.00</b>	<b>238,368.87</b>	<b>0.00</b>	<b>236,582.08</b>	

Son Pesos: UN MILLÓN DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA con 79/100

Neto: \$ 1,018,340.79

Recibí conforme el importe neto a cobrar en concepto de mis haberes correspondiente al período arriba indicado y según la presente liquidación, dejando constancia de haber recibido un duplicado que es copia fiel de este recibo.



MUNICIPALIDAD  
DE CERRO AZUL

CUIT: 30-68325107-7  
Meipò 638

RECIBO DE SUELDO  
ORIGINAL

Apellido y Nombre			Documento	C.U.I.L.	F. Ingreso	Cargo	
BIEN JUAN DANIEL			16.676.824	20-16676824-2	01/01/2000	Administrativo/a	
Legajo	Jurisdicción	Categoría	Periodo Liq.	F. Pago	Lugar de Trabajo	Dias/D	Situación de Revista
7	20	c23	2025/12-02	29/12/25	MUNICIPALIDAD		PLANTA PERMANENTE
Conc.	Descripción	Unidad	Remunerativo	No Rem.	Sal. Familiar	Descuentos	
0001	SUELDO BASICO		175,000.00				
0010	ANTIGUEDAD	25.00	175,000.00				
0012	PRESENTISMO	1.00	35,000.00				
0020	TITULO SECUNDARIO		26,250.00				
0030	ORDENANZA 05/15		5,707.15				
0032	ADICIONAL REMUNERATIVO		4,098.62				
0034	RESOLUCION 42/22		7,532.05				
0036	ORDENANZA XV-7		99,709.00				
0038	CONV. DECR PROV 1145/22		164,320.01				
0068	AUMENTO MAYO/2024		91,798.68				
0070	AUMENTO JUNIO/2024		113,240.34				
0078	AUMENTO FEBRERO/25		79,746.16				
0082	AUMENTO MAYO / 2025		32,161.99				
0102	PRESENTISMO ADICIONAL			103,000.00			
0104	COMPLEMENTO COMPENSADOR			65,358.87			
0117	AUMENTO SEPTIEMBRE/2024			70,000.00			
0300	JUBILACION					179,197.61	
0302	OBRA SOCIAL					50,478.20	
0304	SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO					1,400.00	
0306	SERVICIO DE SEPELIO					3,886.82	
<b>Total Periodo</b>			<b>1,009,564.00</b>	<b>238,358.87</b>	<b>0.00</b>	<b>234,962.63</b>	

Son Pesos: UN MILLÓN DOCE MIL NOVECIENTOS SESENTA con 24/100

Neto: \$ 1,012,960.24

Recibí conforme el importe neto a cobrar en concepto de mis haberes correspondiente al periodo arriba indicado según la presente liquidación, dejando constancia de haber recibido un duplicado que es copia fiel de este recibo.



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	22	2026

## DEFUNCIÓN

En Leandro N. Alem - L.N. ALEM  
 República Argentina, a Diecinueve de Febrero  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de BIEN Juan Daniel  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión Jubilado Doc. Ident DNI: 16676824  
 Domicilio Andres Breiteger 864 - Cerro Azul - Misiones  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en Misiones el 26 de Abril de 1964  
 Ocurrida en: Av del Libertador 139 - Leandro N. Alem - Misiones  
 El 18 de Febrero de 2026 a las 13:40 horas  
 Causa de la Defunción: Paro Cardiorespiratorio no traumático  
 Certificado Médico: MEDICO ALEJANDRO HORACIO CHATELET  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: RICARDO HARALD WILCOMS Doc. Ident: 24725065  
 Domicilio: Alte. Brown 156 - Leandro N. Alem - Misiones  
 Obra en Virtud de ser encargado empresa fúnebre. Leída el acta firma conmigo el declarante.



PAOLA ADRIANA GARBELA  
 Segunda Jefa  
 Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO LU Alem REGISTRO CIVIL DE LU Alem NUMERO 1598  
Fecha de Inscripción 19 de FEB de 2026  
TOMO 1 FOLIO 22 ACTA 22

CERTIFICO que Don/ña Belen Juan Daniel  
D.N.I. / C.C. / P.B. 16.626.824 Domiciliado/a en calle Am. Dr. Br. Dezen Varón  Mujer   
Localidad Cerro Alegre Provincia Misiones de 21 Años de edad, Nacido el 26 de Set de 1964  
en Misiones Estado Civil (1) casado Nacionalidad Ar Profesión u ocupación Profes. Municipal

Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 18 de febr de 2026 a las 13:40 horas en: UTI  
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Si  No  Lo atendió el médico que suscribe Si  No

Causa de la defunción a) Insuficiencia respiratoria en Práctica b) S. común  
Lugar donde ocurrió el hecho: SIS UTI

PROFESIONAL CERTIFICANTE  
Nombre y Apellido Chabelo Alejandro Matrícula Profesional N° 611  
Domicilio Profesional: Calle A. V. Libertad N° 10 Dto. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
Localidad Cerro Alegre Teléfonos 42.84

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
Lugar: LU Alem  
Fecha: 18 de febr de 2026

SERVICIOS INTEGRALES  
CUI: -68785424-9  
AVDA. L. BERTADOR 133  
LEANDRO N. ALEM - MISIONES  
TELEFONO - 764-640342

Dr. CHATELET ALEJANDRO H.  
Esp. Clínica Médica  
M.N. 109127 - M.P. 671  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

# 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 **19 FEB 2026**  
2 Departamento o Partido **LNAlem** 3 Delegación o Registro Civil **LNAlem** 4 Número **1558** TOMO **1** FOLIO **22** ACTA **22**

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? Si 1  No 2  6 Lo atendió el médico que suscribe? Si 1  No 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN  
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.  
a) **Seus callos respaton no medicos**  
b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) **Senhor Coronario**  
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 (unicamente)  
a) Indicar si fue por: \* Accidente 1  \* Suicidio 2  \* Homicidio 3  \* Se ignora 9   
b) Como se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, 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? Si 1  No 2  Se ignora 9  Continuar abajo  
\* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

DATOS DEL FALLECIDO  
Apellidos **Bien** Nombre/s **Juan Daniel** D.N.I. N° **16.676.824**  
10 Fecha de la defunción Día Mes Año **18 02 2026** 11 Fecha de nacimiento **26 de Abril 1964**

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)  
\* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: **61**  
\* 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

14 Ocurrió en...  
1 Establecimiento de salud público   
2 Establecimiento privado, obra social, etc.   
3 Vivienda (domicilio) particular   
4 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)   
Nombre del establecimiento: **SLS**

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: **Av. Libertad 150**  
Localidad/Paraje **W. de** Departamento o Partido **LNAlem**  
Provincia **Misiones**

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: **Av. de B. Rodríguez 801**  
Localidad/Paraje **Com. Sol** Departamento o Partido **LNAlem** País **Misiones**

17 Pertencia o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)  
\* Obra Social 1  \* Plan de salud privado o mutual 2  \* Ambos 3  \* Ninguno 4

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Continúa al dorso

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

**SÓLO 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)

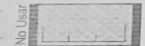
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input checked="" type="checkbox"/></span></li> <li>– Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
--	---

19. Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia 1
- No trabajaba 2 
  - Buscaba trabajo
  - No buscaba trabajo 3

20. Cuál era su ocupación habitual?

*Municipal*



**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)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	---

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)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>– Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	---

**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
- No trabaja 2 
  - Busca trabajo
  - No busca trabajo 3

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?

**SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD**  
 CUIT 33-88789424-9  
 AVDA. LIBERTADOR 139  
 LEANDRO N. ALEM - MISIONES  
 TELEFONO : 764-640342

**PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME**

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre <i>Chatelet Alejandra</i>	Matrícula Profesional N° <i>CF</i>	Firma <i>Dr. CHATELET ALEJANDRO H.</i>
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle <i>N. U. L. 139</i>	N° <i>130</i>	Esp. Clínica Médica - M.J. 109127 - M.P. 671
	Localidad: <i>L.N. Alem</i>	Teléfono: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>	Sello <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

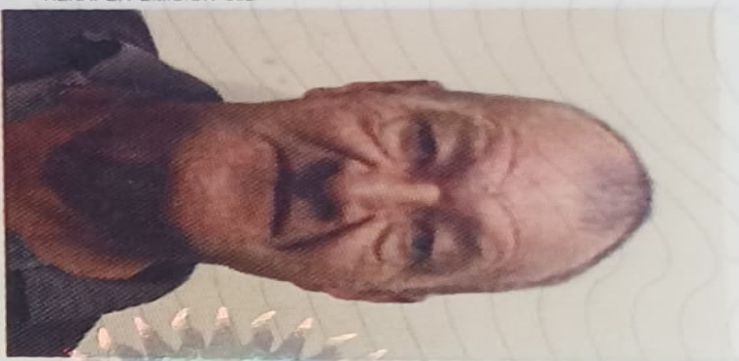
MADRE

PADRE

PADRE/MADRE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR



RENAPER EMISIÓN 002

Apellido / Surname  
**BIEN**

Nombre / Name  
**JUAN DANIEL**

Sexo / Sex    Nacionalidad / Nationality  
**M    ARGENTINA**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**26 ABR / APR 1964**

Fecha de emisión / Date of issue  
**26 OCT / OCT 2023**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**26 OCT / OCT 2038**

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

**16.676.824**

Trámite N° / Of. Ident.

**00712561968  
8150**







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

Posadas,

**"EXPTE N° 427 SOSA ELOISA ARACI, S/  
RECTIFICACION DE ACTA DE DEFUNCION DE  
BIEN JUAN DANIEL" .-Y :**

**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 lo solicitado 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.**

DR. NATALUCCI F. NICOLAS  
Firma Autorizada  
Reg. Polal. 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”

Posadas, 27 de Febrero de 2026.

**DISPOSICIÓN N° 406/26**

**VISTOS:**

<b>CARATULA</b>	<b>EXPTE N° 427- A- 2026 Reg. DGRPP caratulados: “SOSA ELOISA ARACI S/ RECTIFICACION DE ACTA DE DEFUNCION DE BIEN JUAN DANIEL”</b>
-----------------	--

**CONSIDERANDO:**

<b>SOLICITANTE</b>	<b>SOSA ELOISA ARACI</b>
<b>DNI</b>	-----
<b>En carácter de:</b>	<b>FUNCIONARIA/O DEL RPP</b>

**SOLICITA RECTIFICACION DEL:**

<b>ACTA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>TOMO</b>	<b>AÑO</b>	<b>DELEGACIÓN</b>	<b>COPIA</b>
Defunción	22	1°	2026	L. N. ALEM	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°: RECTIFIQUESE** mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe:

<b>ACTA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>TOMO</b>	<b>AÑO</b>	<b>DELEGACIÓN</b>	<b>COPIA</b>
Defunción	22	1°	2026	L. N. ALEM	ARCHIVO/DELEGACIÓN

el siguiente dato: la profesión del causante, siendo el correcto: **“Empleado”**.-

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

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

CASTILLO  
Viviana  
Cristina  
Raquel

Firmado digitalmente por CASTILLO Viviana Cristina Raquel  
Fecha: 2026.02.27 09:35:52 -03'00'  
A/C DIRECCION GENERAL RESOL. 20/2026



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

22

Tomo	Acta	Año
1	22	2026

DEFUNCIÓN

En Leandro N. Alem - L.N. ALEM  
 República Argentina, a Diecinueve de Febrero  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de BIEN Juan Daniel  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión Jubilado Doc. Ident DNI: 16676824  
 Domicilio Andres Breiteger 864 - Cerro Azul - Misiones  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en Misiones el 26 de Abril de 1964  
 Ocurrida en: Av del Libertador 139 - Leandro N. Alem - Misiones  
 El 18 de Febrero de 2026, a las 13:40 horas  
 Causa de la Defunción: Paro Cardiorespiratorio no traumático  
 Certificado Médico: MEDICO ALEJANDRO HORACIO CHATELET  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: RICARDO HARALD WILCOMS Doc. Ident: 24725065  
 Domicilio: Alte. Brown 156 - Leandro N. Alem - Misiones  
 Obra en Virtud de ser encargado empresa fúnebre. Leída el acta firma conmigo el declarante.

27

### Rectificación

Disposición N° 406/26 de fecha 27-02-2026. Expte. N° 427-A-2026. ART. 1° RECTIFÍQUESE mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 22- Tomo 1° - Año 2026- Delegación L.N. Alem- Copia Archivo/Delegación, el siguiente dato: la profesión del causante, siendo el correcto: "Empleado".- ART. 2° Y 3° de forma. Firmado Viviana Cristina Raquel Castillo, Jefa de despacho del R.P.P. Hay un sello. Posadas, Misiones. 27-02-2026.



VIVIANA C. R. CASTILLO  
 Jefa Dpto. Despacho  
 Registro Provincial de las Personas

e0a2681abd3d0b646b0c516d0b1619cf