

20/03/2026

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

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
DEFUNCIÓN	118	1	118	2026	OBERA 1°	-----

Dato/s Incorrecto/s	DOMICILIO FALLECIDO	DICE:LOTE 89- MZA 1-MARTIRES- MISIONES
Dato/s Correcto/s	DEBE DECIR::LOTE 69- MZA 1- MARTIRES- MISIONES	

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	COPIA DNI
3	CERTIFICADO DEFUNCIÓN	4	Haga clic aquí para escribir texto.

**OBSERVACIONES:**

Haga clic aquí para escribir texto.

atte.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy



Firma de Solicitante

Firma y Sello de Funcionario Personal

SILVIA RAQUEL SOSA

Delegada Titular



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

118

Tomo	Acta	Año
1	118	2026

DEFUNCIÓN

En Oberá - OBERA  
 República Argentina, a Seis de Marzo  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MOREIRA Carlos Alberto  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión Jubilado Doc. Ident DNI: 8491107  
 Domicilio Lote 89-Mza 1-Mártires-Misiones  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en Prov. De Misiones el 14 de Abril de 1951  
 Ocurrida en: Hospital Samic Oberá-Misiones  
 El 05 de Marzo de 2026, a las 20:15 horas  
 Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio  
 Certificado Médico: MEDICO LINDA LOYLIN LOPEZ DE LOPEZ  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: Romina PORTILLO Doc. Ident: 32041761  
 Domicilio: Av. Italia N° 921-Oberá-Misiones  
 Obra en Virtud de ser empleada C.E.L.O.Sepelios.Leída el acta, firma conmigo la declarante.



SILVIA RAQUEL SOSA  
 Delegada Titular  
 Registro Provincial de las Personas



**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

(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

1 Fecha de inscripción: Día 06 Mes 03 Año 2020

2 Departamento o Partido: \_\_\_\_\_ 3 Delegación o Registro Civil: Alberca Número: 1511

4 TOMO: I FOLIO: 118 ACTA: 118

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificador)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Sí 1  No 2  → Pasar a Preg. 7

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

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

a) Pneumonia Cor pulmonalis

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Neu - Secular

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. No Usar \_\_\_\_\_

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por: \* Accidente 1  \* Suicidio 2  \* Homicidio 3  \* Se ignora 9

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  No 2  Se ignora 9  Continuar abajo

\* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1  Parto 2  Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s: Flóres Nombre/s: Carlos Alberto D.N.I. N°: 8491107

10 Fecha de la defunción: Día 05 Mes 03 Año 2020 11 Fecha de nacimiento: 14/04/57

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

\* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: 34 Años

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

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

13 Sexo: Masculino 1  Femenino 2  Indeterminado 3

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

Nombre del establecimiento: Hospital SAOZ

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: \_\_\_\_\_

Localidad/Paraje: \_\_\_\_\_ Departamento o Partido: I Provincia: \_\_\_\_\_

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Lot 54

Localidad/Paraje: Colonias Horteras Departamento o Partido: Obispo Provincia (o país para extranjeros): 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  \* Plan de salud privado o mutual 2  \* Ambos 3  \* Ninguno 4



Continúa al dorso

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**



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



Apellido / Surname  
**MOREIRA**

Nombre / Name  
**CARLOS ALBERTO**

Sexo / Sex    Nacionalidad / Nationality    Ejemplar  
M    ARGENTINA    C

Fecha de nacimiento / Date of birth  
14 ABR / APR 1951

Fecha de emisión / Date of issue  
04 OCT / OCT 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
04 OCT / OCT 2037

Documento / Document  
**M8.491.107**

Trámite N° / Of. Genl.  
00695074334  
8151

TITULO DEL CERTIFICADO / SIGNATURE  
*CARLOS ALBERTO MOREIRA*







*"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,

"

EXPTE N° 734- A- 2026 Reg. DGRPP caratulados:  
"SOSA SILVIA RAQUEL S/ RECTIFICACION DE  
ACTA DE DEFUNCION DE MOREIRA CARLOS  
ALBERTO" .- " .- 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. Provincial de las Personas



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

Posadas, 25 de Marzo de 2026.

**DISPOSICIÓN N° 567/26**

**VISTOS:**

<b>CARATULA</b>	EXPTE N° 734- A- 2026 Reg. DGRPP caratulados: "SOSA SILVIA RAQUEL S/ RECTIFICACION DE ACTA DE DEFUNCION DE MOREIRA CARLOS ALBERTO"
-----------------	--

**CONSIDERANDO:**

<b>SOLICITANTE</b>	SOSA SILVIA RAQUEL
<b>DNI</b>	21.305.652
<b>En carácter de:</b>	DELEGADA

**SOLICITA RECTIFICACION DEL:**

ACTA	NUMERO	TOMO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	118	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°: RECTIFIQUESE**, mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe:

ACTA	NUMERO	TOMO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	118	1°	2026	OBERA 1°	ARCHIVO/DELEGACIÓN

el siguiente dato: el domicilio del causante, siendo lo correcto: "**Lote 69-Mza. 1-Mártires-Misiones**".-

**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.-

ECHEVERRIA  
Paula Brigida

Firmado digitalmente por  
ECHEVERRIA Paula Brigida  
Fecha: 2026.03.26  
06:52:00 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

118

Tomo	Acta	Año
1	118	2026

DEFUNCIÓN

En Oberá - OBERA  
 República Argentina, a Seis de Marzo  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MOREIRA Carlos Alberto  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión Jubilado Doc. Ident DNI: 8491107  
 Domicilio Lote 89-Mza 1-Mártires-Misiones  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en Prov. De Misiones el 14 de Abril de 1951  
 Ocurrida en: Hospital Samic Oberá-Misiones  
 El 05 de Marzo de 2026, a las 20:15 horas  
 Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio  
 Certificado Médico: MEDICO LINDA LOYLIN LOPEZ DE LOPEZ  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: Romina PORTILLO Doc. Ident: 32041761  
 Domicilio: Av.Italia N° 921-Oberá-Misiones  
 Obra en Virtud de ser empleada C.E.L.O.Sepelios.Leída el acta, firma conmigo la declarante.

37

### Rectificación

Disposición N° 567/26 de fecha 25-03-2026. Expte. N° 734-A-2026. ART. 1° RECTIFÍQUESE, mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 118- Tomo 1°- Año 2026- Delegación Oberá 1°- Copia Archivo/Delegación, el siguiente dato: el domicilio del causante, siendo lo correcto: "Lote 69-Mza. 1-Mártires-Misiones".- ART. 2° Y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas, Misiones. 06-04-2026.



ELCINA MACASOSA  
 Jefa de la Inspección  
 Registro Provincial de las Personas

9544ad37efa927a35e3169e30db78d92