

31/03/2025

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	PRISCILA SALOME ANTUNEZ		
DNI / C.I	38.565.461	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	A. DEL VALLE	Tel.Cel	3755506310
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	12	01	12	2025	A. DEL VALLE	ARCHIVO/DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	FECHA DE FUNCION			06/03/2024		
Dato/s Correcto/s	06/03/2025					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---	---	---	---	---	---	---
Dato/s Incorrecto/s	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	ESTADISTICO DE DEFUNCION	2	ACTA ARCHIVO/DELEGACION
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



ANTONIA PRISCILA SALOME
 Delegada y titular
 Registro Provincial de las Personas
 Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	12	2025

DEFUNCIÓN

En Cainguas - ARIST. DEL VALLE
República Argentina, a Diez de Marzo
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ENGELBRECHT ANA ROSA
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión _____ Doc. Ident DNI: 4191113
Domicilio AV. DE LAS AMERICAS 1485- ARISTOBULO DEL VALLE
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 23 de Febrero de 1941
Ocurrida en: HOSPITAL DR. J. J PEREYRA NIVEL II - A. DEL VALLE
El 06 de Marzo de 2024, a las 13:55 horas
Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio - Falla Multiorganica
Certificado Médico: MEDICO SILVIA CAROLINA COITO
Era cónyuge de: _____
Declarante: Dario Fernando FELDMANN Doc. Ident: 28355430
Domicilio: B° 36 Viv. Mz "391" Casa N° 8 - A. del Valle MNES.
Obra en Virtud de ser empleado de la C.C.E.P.S.V. Ltda. Leída el acta, la firma conmigo el declarante.



ANTONEZ ANISCILA SALOMÉ
Declarante Titular
Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de inscripción Día Mes Año
10 03 2025
TOMO FOLIO ACTA
01 12 12

DEPARTAMENTO Cinco REGISTRO CIVIL DE A del Valle NUMERO 2213

CERTIFICO que Don/ña ENGELBRECHT ANA ROSA Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 4191113 Domiciliado/a en calle AV LAS AMERICAS N° 1485

Localidad A DEL VALLE Provincia MISIONES de 24 Años de edad, Nacido el 23 de FEBRERO de 1941

en MISIONES Estado Civil (1) VIUDA Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación JUBILADA

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 06 de MARZO de 20025 a las 12:55 horas en: HOSPITAL A DEL VALLE

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1 No 2 Lo atendió el médico Sí 1 No 2

o lesión que le produjo la muerte? Causa de la defunción a) PAROCARDIORESPIRATORIO b) FALLA MULTIORGANICA

Lugar donde ocurrió el hecho: AV CORRIENTES - A DEL VALLE

PROFESIONAL CERTIFICANTE Nombre y Apellido COITO SILVIA CAROLINA Matrícula Profesional N° 5907

Domicilio Profesional: Calle AV CORRIENTES N° S/N Dto. - Piso -

Localidad A DEL VALLE Teléfonos 3755649297

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: A DEL VALLE

Fecha: 06 de MARZO de 200 25

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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



Dra. Carolina Coito
MEDICA
M.P. 6907
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(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	Mes	Año
		10	03	2025
2	Departamento o Partido	3	Delegación o Registro Civil	Número
	CAINGUAS	A del Valle	2213	
4	TOMO	FOLIO	ACTA	
	01	12	12	

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 checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
7	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN		INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE						
I)	Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.	a)	PAROCARDIORESPIRATORIO						
	Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.	b)	FALLA MULTIORGANICA						
		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 <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 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.N.I. N°					
ENGELBRECHT		ANA ROSA		4 191113					
10	Fecha de la defunción	Día	Mes	Año	11	Fecha de nacimiento			
		06	03	2025		23 DE FEBRERO DE 1941			
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					Masculino	1	<input type="checkbox"/>	
	* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días					Femenino	2	<input checked="" type="checkbox"/>	
	* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos					Indeterminado	3	<input type="checkbox"/>	
14	Ocurrió en...		1 <input checked="" type="checkbox"/> Establecimiento de salud público		Nombre del establecimiento:				
			2 <input type="checkbox"/> Establecimiento privado, obra social, etc.		HOSPITAL A DEL VALLE				
			3 <input type="checkbox"/> Vivienda (domicilio) particular		No Usar				
			4 <input type="checkbox"/> Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)		15				
15	Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: AV CORRIENTES								
	Localidad/Paraje			Departamento o Partido			Provincia		
	A DEL VALLE			CAINGUAS			MISIONES		
16	Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: AV LAS AMERICAS 1485								
	Localidad/Paraje			Departamento o Partido			Pais		
	A DEL VALLE			CAINGUAS					
17	Pertenece o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)								
	* Obra Social 1 <input checked="" 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



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

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 Accesibilidad 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"

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 850-A-25, ANTUÑEZ PRISCILA SALOME S/

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"



Posadas, 07 de Abril de 2025.-

DISPOSICION N° 749/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPT E N° 850-A-25, ANTUNEZ PRISCILA SALOME S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE ENGELBRECHT ANA ROSA".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. ANTUNEZ Priscila Salome en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 38.565.461 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de ENGELBRECHT Ana Rosa D.N.I. N° 4.191.113, (Acta 12-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Aristóbulo del Valle-Mnes.) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: "06 de Marzo de 2024", debiendo ser: "**06 de Marzo de 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.-

Que se accede por informe N° 190/25 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 ENGELBRECHT Ana Rosa, (Acta 12-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Aristóbulo del Valle-Mnes.) la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: "**06 de Marzo de 2025**"

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Aristóbulo del Valle-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

ARTICULO 3: REGISTRESE, Comuníquese, cumplido, ARCHIVASE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA
Paula Brigida
Firmado digitalmente
por ECHEVERRIA Paula
Brigida
Fecha: 2025.04.07
11:06:05 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	12	2025

DEFUNCIÓN

En Cainguas - ARIST. DEL VALLE
República Argentina, a Diez de Marzo
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ENGELBRECHT ANA ROSA
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión _____ Doc. Ident DNI: 4191113
Domicilio AV. DE LAS AMERICAS 1485- ARISTOBULO DEL VALLE
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 23 de Febrero de 1941
Ocurrida en: HOSPITAL DR. J. J PEREYRA NIVEL II - A. DEL VALLE
El 06 de Marzo de 2024, a las 13:55 horas
Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio - Falla Multiorganica
Certificado Médico: MEDICO SILVIA CAROLINA COITO
Era cónyuge de: _____
Declarante: Dario Fernando FELDMANN Doc. Ident: 28355430
Domicilio: B° 36 Viv. Mz "391" Casa N° 8 - A. del Valle MNES.
Obra en Virtud de ser empleado de la C.C.E.P.S.V. Ltda. Leída el acta, la firma conmigo el declarante.

Rectificación

Disposición N° 749/2025 de fecha 07-04-2025. Expte N° 850-A-2025. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: ENGELBRECHT Ana Rosa, (Acta 12- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Aristóbulo del Valle-Mnes.), la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: "06 de Marzo de 2025".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 08-04-2025.



Silvia C.R. Bastillo
Silvia C.R. Bastillo
Act. Dyta. Despacho
Registro Provincial de las Personas