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"

11/07/2025

FORMULARIO ANEXO I REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS ART.85 LEY N° 26.413

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	Casadella Estela Lidia		
DNI / C.I	22130947	**Nacionalidad**	Argentina
Domicilio	San Martin y Av Urquiza	**Tel.Cel**	3764357140
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	1425	8	72	2025	POSADAS SECC. I	DELEGACION

Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION	Dice el domicilio Edf 1 Esc 14 S/N 2 F .CH 86 Posadas Misiones.-
Dato/s Correcto/s	Debe decir el domicilio EDF I Esc 14 S/N 2 F CH 86 Posadas- 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 defuncion	**2**	Fotocopia de dni
3	Estadisitico	**4**	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

recaldearielani@gmail.com Cel N° 3764218080

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

REGISTRO DE LAS PERSONAS

CASADELLA ESTELA LIDIA

Firma de Solicitante **Firma y Sello de Funcionario**

Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
8	1472	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1° CENTRO**

República Argentina, a **Cuatro** de **Julio**

de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de

ROMERO Esperanza Herminia

Sexo: **FEMENINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**

estado **N/D**

profesión Doc. Ident **DNI: 10848245**

Domicilio **Edf 1 Esc 14 S/N 2 F CH 86 - Posadas - Misiones**

Hijo de:

y de:

Nacido en **Provincia de Misiones** el **04** de **Febrero** de **1953**

Ocurrida en: **Hospital Rene Favaloro - Av. Tambor de Tacuari N° 7300- Posadas Misiones**

El **03** de **Julio** de **2025** , a las **08:50** horas

Causa de la Defunción: **Paro Cardiorespiratorio - Hepatitis Autoimune**

Certificado Médico: **MEDICO JORDÁN HORACIO PEDROZO**

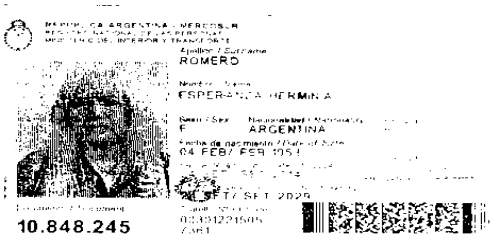
Era conyuge de:

Declarante: **Rosana Analia GLOMBA** Doc. Ident: **29854474**

Domicilio: **Av Santa Catalina N° 3775 - Posadas - Misiones**

Obra en Virtud de **ser la propietaria . Leida el acta firma conmigo la declarante.**

831dd83cf1981832ca556c89f7c7156d



ROMERO

ESPERANZA HERMINIA

F ARGENTINA

04 FEB/ FEB 1951

SET/ SEP 2025

10.848.245

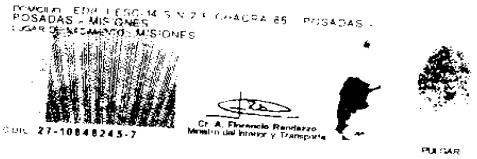
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL MISIONES

Credencial Digital

Tipo de Afiliado:	Titular
Nombre	ROMERO ESPERANZA HERMINIA
Documento:	10848245
Credencial:	021084824500
S/R:	Ventana Jubilatoria
Nro de Beneficio	24555
Fecha Emisión:	24/04/2023

La presente no requiere autenticación con sello y Firma de un Agente de I.P.S.M.

Emitido por: dos santos itati



CUIL 27-10848245-7

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

PULGAR

IDARG10848245<2<<<<<<<<<<<<<<<
5302042F2909244ARG<<<<<<<<<<<8
ROMERO<<ESPERANZA<HERMINIA<<<<

HOSPITAL DR. RENE FAVALORO

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día 04 Mes 07 Año 2025

DEPARTAMENTO Capital 3|3|00 REGISTRO CIVIL DE Sección 1° NUMERO 1493 TOMO 8 FOLIO 72 ACTA 1472

CERTIFICO que Don/ña ROMERO ESPERANZA HERMINIA Varón [ ] Mujer [X]

D.N.I./L.E./C.I. 10848245 Domiciliado/a en calle EDIF I ES C 149/N 2° CHACRA Nº 86

Localidad POSADAS Provincia MISIONES de 72 Años de edad, Nacido el 04 de FEBRERO de 1953

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

Ha fallecido de. Enfermedad [X] Muerte Violenta [ ] El Dia 03 de JULIO de 20025 a las 08.50 horas en: POSADAS

¿Tuvo atención medica durante la enfermedad o lesion que le produjo la muerte? Sí 1 [X] No 2 [ ]

Lo atendió el médico que suscribe Sí 1 [X] No 2 [ ]

Causa de la defunción a) PARO CARDIO RRESPIRATORIO b) HEPATITIS AUTOINMUNE.

Lugar donde ocurrió el hecho: HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO NIVEL III

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido JORDÁN HORACIO PEDROZO Matrícula Profesional Nº M05484

Domicilio Profesional: Calle TAMBOR DE TACUARÍ Nº 7300 Dto. – Piso –

Localidad POSADAS (MISIONES) Teléfonos 4468015 – 4468010

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO NIVEL III

Fecha 03 de JULIO de 200 25

Dr. Jordan Horacio Pedrozo MEDICO SINALIC M.P. 05484

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

(1) Llenar este item solamente si presenta **LIBRETA DE FAMILIA**

A . Para el Registro Civil - **Valor Legal**

Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
8	1472	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1° CENTRO**

República Argentina, a **Cuatro** de **Julio**

de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de

ROMERO Esperanza Herminia

Sexo: **FEMENINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**

estado **N/D**

profesión Doc. Ident **DNI: 10848245**

Domicilio **Edf 1 Esc 14 S/N 2 F CH 86 - Posadas - Misiones**

Hijo de:

y de:

Nacido en **Provincia de Misiones** el **04** de **Febrero** de **1953**

Ocurrida en: **Hospital Rene Favaloro - Av. Tambor de Tacuari N° 7300- Posadas Misiones**

El **03** de **Julio** de **2025** , a las **08:50** horas

Causa de la Defunción: **Paro Cardiorespiratorio - Hepatitis Autoimune**

Certificado Médico: **MEDICO JORDÁN HORACIO PEDROZO**

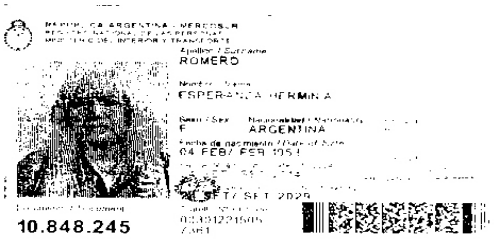
Era conyuge de:

Declarante: **Rosana Analia GLOMBA** Doc. Ident: **29854474**

Domicilio: **Av Santa Catalina N° 3775 - Posadas - Misiones**

Obra en Virtud de **ser la propietaria . Leida el acta firma conmigo la declarante.**

831dd83cf1981832ca556c89f7c7156d



ROMERO

ESPERANZA HERMINIA

F ARGENTINA

04 FEB/ FEB 1951

SET/ SEP 2025

10.848.245

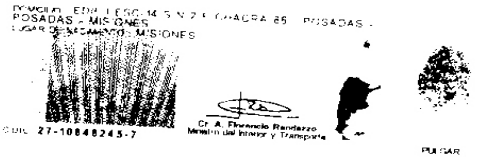
INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL MISIONES

Credencial Digital

Tipo de Afiliado:	Titular
Nombre	ROMERO ESPERANZA HERMINIA
Documento:	10848245
Credencial:	021084824500
S/R:	Ventana Jubilatoria
Nro de Beneficio	24555
Fecha Emisión:	24/04/2023

La presente no requiere autenticación con sello y Firma de un Agente de I.P.S.M.

Emitido por: dos santos itati



CUIL 27-10848245-7

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

PULGAR

IDARG10848245<2<<<<<<<<<<<<<<<
5302042F2909244ARG<<<<<<<<<<<8
ROMERO<<ESPERANZA<HERMINIA<<<<

HOSPITAL DR. RENE FAVALORO

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción: Día 04 Mes 07 Año 2025

DEPARTAMENTO	REGISTRO CIVIL DE	NUMERO	TOMO	FOLIO	ACTA
Capital 3/3100	Seccion 1°	1493	8	72	1472

CERTIFICO que Don/ña ROMERO ESPERANZA HERMINIA Varón [ ] Mujer [X]

D.N.I./L.E./C.I. 10848245 Domiciliado/a en calle EDIF. I ES C 149/N 21 CHACRA Nº 86

Localidad POSADAS Provincia MISIONES de 72 Años de edad, Nacido el 04 de FEBRERO de 1953

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

Ha fallecido de: Enfermedad [X] Muerte Violenta [ ] El Dia 03 de JULIO de 2025 a las 08.50 horas en: POSADAS

¿Tuvo atención medica durante la enfermedad o lesion que le produjo la muerte? Sí 1 [X] No 2 [ ]

Lo atendió el médico que suscribe Sí 1 [X] No 2 [ ]

Causa de la defunción a) PARO CARDIORRESPIRATORIO b) HEPATITIS AUTOINMUNE

Lugar donde ocurrió el hecho HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO NIVEL III

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido JORDAN HORACIO PEDROZO Matricula Profesional Nº M05484

Domicilio Profesional: Calle TAMBOR DE TACUARÍ Nº 7300 Dto. – Piso –

Localidad POSADAS (MISIONES) Teléfonos 4468015 4468010

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO NIVEL III

Fecha 03 de JULIO de 2025

Dr. Jordan Horacio Pedrozo
MEDICO SINALIC
M.P. 405484

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

A. Para el Registro Civil - Valor Legal

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 [redacted]

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 abusa, 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, 14 de Julio de 2025.

DISPOSICION N° 1449/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 2029-A-25, CASADELLA ESTELA LIDIA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE ROMERO ESPERANZA HERMINIA".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. CASADELLA Estela Lidia en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 22.130.947 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de ROMERO Esperanza Herminia D.N.I. N° 10.848.245, (Acta 1472-Tomo 8°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. Secc. 1° Centro, Posadas-Mnes.) el domicilio de la causante, donde se consignó: "Edif. 1-Esc. 14-S/N°-2 F.Ch. 86-Posadas-Misiones", debiendo ser: "**Edif. I-Esc. 14-S/N°-2 F-Ch. 86-Posadas-Misiones**".-

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, 3) D.N.I. de la causante.-

Que se accede por informe N° 352/25 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 Nº 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 ROMERO Esperanza Herminia, (Acta 1472-Tomo 8°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. Secc. 1° Centro, Posadas-Mnes.) el domicilio de la causante, siendo lo correcto: "**Edif. I-Esc. 14-S/N°-2 F-Ch. 86-Posadas-Misiones**".-

ARTICULO 2: **COMUNIQUESE,** oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación Secc. 1° Centro, Posadas-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

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

ECHEVERRIA Paula Brigida
Firmado digitalmente por ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2025.07.16 08:19:20 -03'00'

Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
8	1472	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1° CENTRO**

República Argentina, a **Cuatro** de **Julio**

de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de

ROMERO Esperanza Herminia

Sexo: **FEMENINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**

estado **N/D**

profesión Doc. Ident **DNI: 10848245**

Domicilio **Edf 1 Esc 14 S/N 2 F CH 86 - Posadas - Misiones**

Hijo de:

y de:

Nacido en **Provincia de Misiones** el **04** de **Febrero** de **1953**

Ocurrida en: **Hospital Rene Favaloro - Av. Tambor de Tacuari N° 7300- Posadas Misiones**

El **03** de **Julio** de **2025** , a las **08:50** horas

Causa de la Defunción: **Paro Cardiorespiratorio - Hepatitis Autoimune**

Certificado Médico: **MEDICO JORDÁN HORACIO PEDROZO**

Era cónyuge de:

Declarante: **Rosana Analia GLOMBA** Doc. Ident: **29854474**

Domicilio: **Av Santa Catalina N° 3775 - Posadas - Misiones**

Obra en Virtud de **ser la propietaria . Leida el acta firma conmigo la declarante.**

60

Rectificación

Disposición N° 1449/2025 de fecha 14-07-2025. Expte N° 2029-A-2025. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de ROMERO Esperanza Herminia, (Acta 1472-Tomo 8°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. Secc. 1° Centro, Posadas-Mnes.), el domicilio de la causante, siendo lo correcto: "Edif. I-Esc. 14-S/N°-2 F-Ch. 86-Posadas-Misiones".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 18-07-2025.

DIRECC. GRAL. DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS · MINISTERIO DE GOBIERNO

VIVIANA G. B. CASTILLO
Jefa Dpto. Despacho
Registro Provincial de las Personas

831dd83cf1981832ca556c89f7c7156d