

11/08/2025

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

**SOLICITANTE**

Nombre y Apellido	Mary Stela AQUINO		
DNI / C.I	20306414	Nacionalidad	Argentina
Domicilio	Florida n°94	Tel.Cel	3757676537
En carácter de:	FUNCIONARIA/O DEL RPP		

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
-----	150	1	150	2025	-----	-----
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			Fecha de la Defuncion dice:07/07/2025		
Dato/s Correcto/s	Fecha de la defuncion debe decir:07/08/2025					

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	Certificado defuncion	2	Fotocopia DNI
3	ACTA DE DEFUNCION	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



Firma y Sello de Funcionario

AQUINO MARY STELA  
Delegada Provincial de Registro  
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	150	2025

DEFUNCIÓN

En Iguazú - SAMIC IGUAZU  
 República Argentina, a Ocho de Agosto  
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de \_\_\_\_\_  
**BORBA ROSA**  
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINO NATURALIZADO  
 estado N/D  
 profesión JUBILADA Doc. Ident DNI: 6271169  
 Domicilio AVDA BRASIL N° 121 B° CENTRO PUERTO IGUAZU MISIONES  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en RIO GRANDE DO SUL BRASIL el 24 de Febrero de 1928  
 Ocurrida en: EN SU DOMICILIO  
 El 07 de Julio de 2025, a las 09:30 horas  
 Causa de la Defunción: MUERTE SUBITA  
 Certificado Médico: MEDICO GUILLERMO MAURICIO GAMBERINI  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: RAUL BERNARDO ECHAVARRIA Doc. Ident: 24465304  
 Domicilio: AVDA MISIONES N° 150 PUERTO IGUAZU MISIONES  
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE, LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE



**AGUIÑO MARY STELA**  
 Delegada Titular  
 Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de inscripción

Día

Mes

Año

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don(ña) BONBA ROSA Varón  Mujer   
D.N.I. L.C.I.C. F. 271-169 Domiciliada en calle AV. BRASIL CATINO Nº 121  
Localidad Pto. Iguazú Provincia MISIONES de 97 Años de edad, Nacido el 29 de Febrero de 1928  
en Pto. Iguazú Estado Civil (1) Viuda Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación Jubilada  
Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 07 de AGOSTO de 2025 a las 09:30 Horas en:  
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si 1  No 2  ¿Se atendió el médico? Si 1  No 2   
¿o lesión que le produjo la muerte? No 2  que suscribe No 2   
Causa de la defunción a) Muerte súbita b)  
Lugar donde ocurrió el hecho: AV. BRASIL - CATINO - Nº 121  
PROFESIONAL CERTIFICANTE  
Nombre y Apellido Gamberini Guillermo Matricula Profesional Nº MP. 4867  
Domicilio Profesional: Calle los pioneros Nº 3/2 Dto. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
Localidad Ward Teléfonos 3757-689348  
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
Lugar: Pto. Iguazú  
Fecha: 07 de AGOSTO de 2025

Para el Registro Civil - Valor Legal



Dr. GAMBERINI GUILLERMO  
FIRMA Y SELLO MEDICO MEDICO  
MR 4867 MN.139.272

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

# 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)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>					
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo	
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16

19. 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"/>

20. Cuál era su ocupación habitual?

No Usar

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**

MADRE

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	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo	
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16

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**

PADRE

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	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo	
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>	12
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>	14
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16

**DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO**

PADRE / MADRE

25. Cuál era su situación laboral?

• Trabaja 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?

No Usar

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?  • y cuántas defunciones fetales?


**PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME**

Médico 1  Otro 2

Apellido y nombre: Gamburri Gullone Matriculada Profesional N°: 4867 Firma: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle Los Pioneros N° 9/w

Localidad: Wanda Teléfono: 3768934



# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(B) Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valo 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

<b>2</b> Departamento o Partido	<b>3</b> Delegación o Registro Civil	<b>Número</b>	<b>4</b> TOMO	<b>FOLIO</b>	<b>ACTA</b>
			<b>1</b> Fecha de inscripción Día:    Mes:    Año:		

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

<b>5</b> ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Pasar a Preg. <b>7</b>	<b>6</b> Lo atendió el médico que suscribe? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
<b>7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b>	
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.  II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE  No Usar
<b>8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)</b> 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:	
<b>9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS</b> * Estuvo embarazada en los últimos doce meses?    Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> → Continuar abajo * 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 <u>BONBA</u>	Nombre/s <u>NOJA</u>	D.N.I. N° <u>76.271.169</u>
<b>10</b> Fecha de la defunción Día: <u>07</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>2025</u>	<b>11</b> Fecha de nacimiento <u>24 Febrero 1928</u>	
<b>12</b> Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)		
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años:    Años <u>97</u> * 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:		
<b>13</b> Sexo Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>		
<b>14</b> Ocurrió en... * Establecimiento de salud público 1 <input type="checkbox"/> * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/> * Vivienda (domicilio) particular 3 <input checked="" type="checkbox"/> * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 <input type="checkbox"/>		
Nombre del establecimiento: <u>No Usar</u>		
<b>15</b> Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>AV. Brasil - camino n° 121.</u>		
Localidad/Paraje: <u>PUNTO IGUAZÚ</u> Departamento o Partido: <u>PUNTO IGUAZÚ</u> Provincia: <u>MISIONES</u>		
<b>16</b> Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Localidad/Paraje: <u>Pto. IGUAZÚ</u> Departamento o Partido: <u>PUNTO IGUAZÚ</u> Provincia (o país para extranjeros): <u>MISIONES - ARG.</u> País: _____		
<b>17</b> Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)		

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 honor de saludarlo cordialmente.



Posadas, 14 de Agosto de 2025.

**DISPOSICION N° 1685/25**

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 2311-A-25, AQUINO MARY STELA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE BORBA ROSA".-

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. Aquino Mary Stela en su carácter de Delegada del R.P.P., acreditando su identidad con el D.N.I. N° 20.306.414 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de BORBA Rosa D.N.I. N° F6.271.169, (Acta 150-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Puerto Iguazú-Mnes.) la fecha de fallecimiento, donde se consignó como: "07 de Julio de 2025", debiendo ser: "**07 de Agosto 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, 3) D.N.I. de la misma.-

Que se accede por informe N° 417/25 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 BORBA Rosa, (Acta 150-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Puerto Iguazú-Mnes.) la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: "**07 de Agosto de 2025**".-

**ARTICULO 2: COMUNIQUESE**, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación del Samic de Puerto Iguazú-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: 2025.08.18 09:50:38  
-03'00'



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

150

Tomo	Acta	Año
1	150	2025

DEFUNCIÓN

En Iguazú - SAMIC IGUAZU  
 República Argentina, a Ocho de Agosto  
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de BORBA ROSA  
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINO NATURALIZADO  
 estado N/D  
 profesión JUBILADA Doc. Ident DNI: 6271169  
 Domicilio AVDA BRASIL N° 121 B° CENTRO PUERTO IGUAZU MISIONES  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en RIO GRANDE DO SUL BRASIL el 24 de Febrero de 1928  
 Ocurrida en: EN SU DOMICILIO  
 El 07 de Julio de 2025, a las 09:30 horas  
 Causa de la Defunción: MUERTE SUBITA  
 Certificado Médico: MEDICO GUILLERMO MAURICIO GAMBERINI  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: RAUL BERNARDO ECHAVARRIA Doc. Ident: 24465304  
 Domicilio: AVDA MISIONES N° 150 PUERTO IGUAZU MISIONES  
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE, LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE

78

### Rectificación

Disposición N° 1685/25 de fecha 14-08-2025. Expte 2311-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de BORBA Rosa, (Acta 150- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegacion R.P.P. del Samic de Puerto Iguazú- Mnes.) la fecha del fallecimiento, siendo lo correcto: "07 de Agosto de 2025".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas, Misiones.- 19-08-2025.



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

b455811c5591ba61aab5e614c9836f17