



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"

11/08/2025

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 Titular
Registra Provincial de las Personas



Registro Provincial de
las Personas

150

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 DEFUNCION de **BORBA ROSA**

Sexo: **FEMENINO** Nacionalidad: **ARGENTINO NATURALIZADO**
estado **N/D**
profesión **JUBILADA** Doc. Ident. **DNI: 6271169**
Domicilio **AVDA BRASIL N° 121 Bº 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**



AGUINO MARY STELA
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas

b455811c5591ba61aab5e614c9836f17

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción
TOMO

Día

Mes

Año

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Dona <u>BONITA ROSA</u> N.I.C./C.I. <u>F6.271.169</u> , Domiciliada en calle <u>AV. BMASIL</u> Catino.		Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	Nº <u>121</u>
Localidad <u>Pto. JUANZÚ</u> , Provincia <u>MISIONES</u> , de <u>97</u> Años de edad, Nacido el <u>24</u> de <u>Tuberculo</u> de <u>1928</u>			
en Pto. JUANZÚ Estado Civil (1) <u>Viva</u> Nacionalidad <u>ENGLISH</u> Profesión u ocupación <u>Jubilada</u>			
Ha fallecido de: Enfermedad <input type="checkbox"/> Muerte Violenta <input type="checkbox"/> El Día <u>07</u> de <u>AGOSTO</u> de <u>2025</u> a las <u>09:30</u> Horas en:		Si 1 <input checked="" type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Lo atendió el médico <input type="checkbox"/> que suscribe <input type="checkbox"/>
e Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le prodigo la muerte?		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	que suscribe <input type="checkbox"/>
Causa de la defunción a) <u>Muerte súbita</u> b)			
Lugar donde ocurrió el hecho: <u>AV. BMASIL - CATINO</u> nro. <u>121</u>			
PROFESIONAL CERTIFICANTE			
Nombre y Apellido <u>Gamberini Guillermo</u> Matrícula Profesional Nº <u>NP- 9867</u>			
Domicilio Profesional: Calle <u>los fiancos</u> N° <u>3/1</u> Dto. <u>Plano</u> Teléfonos <u>3757-6893-48</u>			
Localidad <u>Wanda</u>			
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:			
Lugar: <u>Pto. JUANZÚ</u> Fecha: <u>07</u> de <u>AGOSTO</u> de <u>2025</u>			

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



A - Para el Registro Civil

Valor Legal

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
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>

- Superior o universitario 06 07

- 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

- 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
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>

- 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)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02	<input type="checkbox"/>
-- Secundario	04	<input type="checkbox"/>

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	<input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13	<input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>

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	<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...

- 30 Cuántas semanas completas duró la gestación?

- 31 En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

* Simple 1 ir a pregunta siguiente

* semanas completas

Día Mes Año

* Múltiple 2 el que _____ niños vivos, y produjo: _____ defunciones fetales

- 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 Apellido y nombre: Gambini Guillermo
 Domicilio: _____
 Profesional: Calle los Pioneros
 Otro 2 Localidad: Wanda

Matrícula Profesional N°: 9867
 Nº: 9/w
 Teléfono: 2554680341

Firma:

ESTADÍSTICA DE MISIONES

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

2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	1 Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
			4 TOMO	FOLIO	ACTA	

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 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>			
INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE							
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	a) LMUante sobira. b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) 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 (únicamente)	* Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/>						
a) Indicar si fue por:							
b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que sucedió, 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?	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	Nombre/s	D.N.I. N°
BONBA	ROJAN	76.271.169
10 Fecha de la defunción	Día Mes Año	11 Fecha de nacimiento
	07 10 87 2025	24 Febrero 1928
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años * 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	
13 Sexo	Años 97 Meses Horas Días Minutos	
	Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	
14 Ocurrió en...	Nombre del establecimiento:	
* Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc. * Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pasar a Preg. 15	
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.:	AU. Brasil - corriente n° 121.	
Localidad/Paraje	PUEBLO IGUAZÚ	
	Departamento o Partido	Provincia
	PUEBLO IGUAZÚ	MISIONES
16 Vivía habitualmente en:	Calle y Nº / Ruta y Km.: PTO. IGUAZÚ	
Localidad/Paraje	Departamento o Partido: PUEBLO IGUAZÚ	
	Provincia (o país para extranjeros) MISIONES - ARG. País	
17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)	* Plan de salud individual o mutual? <input type="checkbox"/> * Ambos 3 <input type="checkbox"/> * Ninguno 4 <input type="checkbox"/>	

Continúa al dorso







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"

PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

Posadas,.....

A LA SEÑORA
DIRECTOR GENERAL
DEL REGISTRO PCIAL
DE LAS PERSONAS
S _____ / _____ D:

Tengo el ~~acceso~~ "EXPIRADO". Utilice el servicio de renovación.

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 1º-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 1º-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 Firmado digitalmente por
Paula Brígida ECHEVERRIA Paula Brígida
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 DEFUNCION 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. 1º RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de BORBA Rosa, (Acta 150- Tomo 1º- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Puerto Iguazú- Mnes.) la fecha del fallecimiento, siendo lo correcto: "07 de Agosto de 2025".- ART. 2º y 3º de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas, Misiones.- 19-08-2025.



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

b455811c5591ba61aab5e614c9836f17