

30/03/2023

**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 PUERTO IGUAZU MNES	Tel.Cel	3757676537
En carácter de:	FUNCIONARIA/O DEL RPP		

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
—	192	1	192	2025	—	—
Dato/s Incorrecto/s	Nombre del/la Inscripto/a					ARNALDO ANDRES
Dato/s Correcto/s	ARNALDO DAVID					

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.					

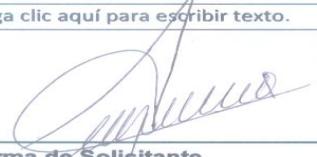
**ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:**

1	ACTA DE DEFUNCION	2	DNI
3	ESTADISTICO 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

Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de  
las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

192

Tomo	Acta	Año
1	192	2025

## DEFUNCIÓN

En ..... Iguazú - SAMIC IGUAZU  
República Argentina, a ..... Dos de Octubre  
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de .....  
NUÑEZ ARNALDO ANDRES  
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
estado: SOLTERO  
profesión: NO DECLARA Doc. Ident DNI: 48088325  
Domicilio: ALMAFUERTE S/N B° 25 DE MAYO PUERTO IGUAZU MISIONES  
Hijo de: .....  
y de: .....  
Nacido en PCIA MISIONES el 23 de Marzo de 2002  
Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC IGUAZU  
El 01 de Octubre de 2025, a las 17:00 horas  
Causa de la Defunción: SHOCK SEPTICO FALLA MULTIORGANICA  
Certificado Médico: MEDICO LILISSON JOSE SANTANA  
Era cónyuge de: .....  
Declarante: JOSE LUIS DUARTE Doc. Ident: 30753214  
Domicilio: 25 DE MAYO N° 605 B° VILLA NUEVA PUERTO IGUAZU MISIONES  
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE, LEÍDA EL ACTA FIRMA  
CONMIGO EL DECLARANTE



AGUINO NARY STELA  
Delegada Titular  
Registro Provincial de las Personas

9a6487ce9e0eb1cf073aedc8a029902a

Provincia de Misiones  
Ministerio de Salud Pública  
Programa Nacional de Catastrofica de Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Formulario de Entrega Gratuita

Fecha de  
Inscripción  
TOMO

Dia Mes Año

FOLIO ACTA

Varón  Mujer

CERTIFICO que Donita <u>Núñez, Arnaldo David</u>		Domiciliado/a en calle <u>Almaguer</u> C. 25 de Mayo		Nº <u>511</u>	
D.N.I./L.C. <u>48088325</u>		Localidad <u>Puente Iguazú</u> Provincia <u>Misiones</u>		de <u>23</u> Años de edad, Nacido el <u>23</u> de <u>Marzo</u> de <u>2002</u>	
en <u>parientes</u> Estado Civil (1) <u>soltero</u>		Nacionalidad <u>Argentino</u>		Profesión o ocupación	
Ha fallecido de: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Muerte Violenta		El Día <u>1</u> de <u>Octubre</u>		a las <u>17:00</u> horas en <u>Puente Iguazú</u>	
2-Tuve atención médica durante la enfermedad.		3- <input type="checkbox"/> 4- <input type="checkbox"/>		Lo atendió el médico	
o lesión que le produjo la muerte?		No <input type="checkbox"/>		que suscribe	
Causa de la defunción: a) <u>Shock Síptico</u>		b) <u>Falla multiorgánica</u>		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Lugar donde ocurrió el fallecimiento: <u>Hospital SAMIC Puente Iguazú</u>		Matricula Profesional Nº <u>338014 DE 2002</u>		Día <u>2</u> de <u>Octubre</u>	
PROFESIONAL CERTIFICANTE		Número Profesional Nº <u>142</u>		Teléfonos	
Nombre y Apellido <u>Lilisson J. Santana</u>		Médico			
Domicilio Profesional: Calle <u>Vulcani Aguirre</u>		Nº <u>05980</u>			
Localidad <u>Puente Iguazú</u>					
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:					
Lugar: <u>Hospital SAMIC</u> Fecha: <u>1</u> de <u>Octubre</u> de <u>2002</u> 25					
(1) Llenar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA					

Para el Registro Civil - Volver Legal

③



# 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	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		
- Primario	02	03		
- Secundario	04	05		
Superior o universitario	06	07		

19 Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	20 Cuál era su ocupación habitual?
• No trabajaba	Buscaba trabajo	2
	No buscaba trabajo	3

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	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		
- Primario	02	03		
- Secundario	04	05		
Superior o universitario	06	07		

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	Passar 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	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		
- Primario	02	03		
- Secundario	04	05		
Superior o universitario	06	07		

25 Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o está de licencia	1	26 Cuál es su ocupación habitual?
• No trabaja	Busca trabajo	2
	No busca trabajo	3

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

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
- Multiple 2 → el que [ ] niños vivos, y produjo: [ ] defunción nec 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?

Dia 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 [ ] nombre: José Santana Gómez Matrícula Profesional N° 5380 Firma: [ ]  
 Domicilio: [ ] N° 502  
 Profesional: Calle Vicente Aguirre  
 Otro 2 [ ] Localidad: Puerto Vallarta Teléfono: [ ]  
 Lissón J. Santana Médico M. 02960

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES





Registro Provincial  
de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

02	305	2007
TOMO	ACTA	ANO

NACIMIENTO

053

En Puerto Iguazú, Departamento Iguazú,  
República Argentina, a 24 de setiembre  
de 2007 Yo Oficial Público de este Registro Civil inscripto el NACIMIENTO  
ARNALDO DAVID de

D.N.I N° 48.088.325

Sexo Masculino nacido el 23 de Marzo de 2002  
a las 8:00 horas, en Puerto Iguazú - Misiones  
Hijo de,

Doc. Ident.

y de Elba Petrona NUÑEZ - J.R. Doc. Ident. D.N.I. 18.796.696

Apellido NUÑEZ

Según certificado de Presumida edad y declaración de testigos

Declarante Elba Petrona NUÑEZ Doc. Ident. D.N.I. 18.796.696

Domicilio B° Primavera Puerto Iguazú R.P.R. Otra en virtud de ser el padre  
Disposición 129/99 y Oficio de la Secretaría Oficial N°1 de la  
3<sup>ra</sup> Circunscripción Judicial de Eldorado - Misiones. Firmada la  
declarante y testigos: Blanca Isabel CAMACHO D.N.I. 18.684.1  
515 y José Ramón GALEANO D.N.I. 14.856.224 hábiles

Elba Petrona

BGomella Gomella Petrona

MARGARITA VARGAS DE PÉREZ  
DELEGADA TITULAR

02\_060514000106-001934



Posadas,.....

A LA SEÑORA  
**DIRECTOR GENERAL**  
DEL REGISTRO PROVINCIAL  
DE LAS PERSONAS  
S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados "EXPTE. 3379-A-25, AQUINO MARY STELA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE NUÑEZ ARNALDO ANDRES".-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. AQUINO Mary Stela en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 20.306.414 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de NUÑEZ Arnaldo Andres D.N.I. N° 48.088.325, (Acta 192-Tomo 1º-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Iguazú-Mnes.) el nombre del causante, donde se consignó como: "Arnaldo Andres", debiendo ser: "Arnaldo David".-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta photocopies certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. del causante.-

Que del cotejo y análisis de la documental acompañada, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende, salvo mejor criterio, que corresponde hacer lugar a lo solicitado; dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85, ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Es cuanto informo.-

INFORME N° 574/25  
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ  
Dpto. Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 03 de Noviembre de 2025.

**DISPOSICION N° 2236/25**

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 3379-A-25, AQUINO MARY STELA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE NUÑEZ ARNALDO ANDRES".-

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. AQUINO Mary Stela en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 20.306.414 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de NUÑEZ Arnaldo Andres D.N.I. N° 48.088.325, (Acta 192-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Iguazú-Mnes.) el nombre del causante, donde se consignó como: "Arnaldo Andres", debiendo ser: "Arnaldo David".-

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. del causante.-

Que se accede por informe N° 574/25 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 Inscripción de Defunción de NUÑEZ Arnaldo Andres, registrada bajo (Acta 192-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Iguazú-Mnes.) el nombre del causante, siendo el correcto: "Arnaldo David".-

**ARTICULO 2: COMUNIQUESE**, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación del Samic de 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: 2025-11-03  
09:33:36 -03'00'



Registro Provincial de  
las Personas

192

## REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	192	2025

### DEFUNCIÓN

En ..... **Iguazú - SAMIC IGUAZU**  
República Argentina, a ..... **Dos** de ..... **Octubre**  
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de .....  
**NUÑEZ ARNALDO ANDRES**  
Sexo: ..... **MASCULINO** Nacionalidad: ..... **ARGENTINA**  
estado ..... **SOLTERO**  
profesión ..... **NO DECLARA** Doc. Ident ..... **DNI: 48088325**  
Domicilio ..... **ALMAFUERTE S/N B° 25 DE MAYO PUERTO IGUAZU MISIONES**  
Hijo de: .....  
y de: .....  
Nacido en ..... **PCIA MISIONES** el ..... **23** de ..... **Marzo** de ..... **2002**  
Ocurrida en: ..... **HOSPITAL SAMIC IGUAZU**  
El ..... **01** de ..... **Octubre** de ..... **2025**, a las ..... **17:00** horas  
Causa de la Defunción: ..... **SHOCK SEPTICO FALLA MULTIORGANICA**  
Certificado Médico: ..... **MEDICO LILISSON JOSE SANTANA**  
Era cónyuge de: .....  
Declarante: ..... **JOSE LUIS DUARTE** Doc. Ident: ..... **30753214**  
Domicilio: ..... **25 DE MAYO N°605 B° VILLA NUEVA PUERTO IGUAZU MISIONES**  
Obra en Virtud de **SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE**

115

### Rectificación

Disposición N° 2236/25 de fecha 03-11-2025. Expte N° 3379-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en la Inscripción de Defunción de NUÑEZ Arnaldo Andres, Registrada bajo (Acta 192- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Iguazú- Mnes.) el nombre del causante, siendo lo correcto: "Arnaldo David".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 07-11-2025.



9a6487ce9e0eb1cf073aedc8a029902a