

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.					

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.					

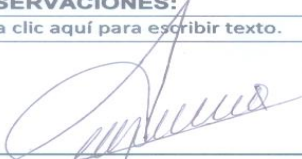
ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	ACTA DE DEFUNCION	2	DNI
3	ESTADISTICO DE DEFUNCION	4	Haga clic aquí para escribir texto.

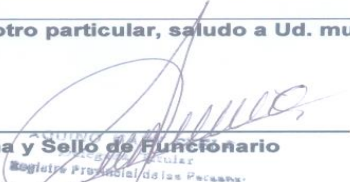
OBSERVACIONES:

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



ADORNO MARY STELA
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas

9a6487ce9e0eb1cf073aedic8a029902a

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

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Formulario de Entrega Gratuita

DEPARTAMENTO: _____ REGISTRO CIVIL DE: _____ NUMERO: _____ TOMO: _____ DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____ FOLIO: _____ ACTA: _____

CERTIFICO que Don/ña Núñez, Arnaldo David
D.N.E./I.C.I. 88088325 Domiciliado/a en calle Almaguerre B. 25 de Mayo Verón ☒ Mujer ☐
Localidad Puerto Iguazú Provincia Misiones de 23 Años de edad, Nació el 23 de Marzo de 2002
en Misiones Estado Civil (1) _____ Nacionalidad Argentino Profesión u ocupación _____
Ha fallecido de: Enfermedad ☒ Muerte Violenta ☐ El Día 1 de Octubre de 2025 a las 17:00 horas en: Puerto Iguazú
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si ☒ No ☐ Lo atendió el médico que suscribe Si ☒ No ☐
Causa de la defunción a) Shock Séptico b) Falta Multiorganico
Lugar donde ocurrió el hecho: Hospital S.A.M.I.C. Puerto Iguazú
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Lilisson J. Santarín Matrícula Profesional N° 5980
Domicilio Profesional: Calle Unión Argentina N° 142 Dto. 2
Localidad Puerto Iguazú Teléfonos _____
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Hospital S.A.M.I.C. Lilisson J. Santarín
Fecha: 1 de Octubre de 2025 Médico
M. 05980

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



SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

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. No reformado	Incompleto	Completo
- Primario	02 ☐	03 ☐
- Secundario	04 ☐	05 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐

S.E. Reformado

- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo
11 ☐	12 ☐	
- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
- Polimodal	15 ☐	16 ☐

19. Cuál era su situación laboral?

Trabajaba o estaba de licencia	1 ☐
No trabajaba	2 ☐
Buscaba trabajo	3 ☐

20. Cuál era su ocupación habitual?

No usar

SOLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA 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	☐
S.E. No reformado	Incompleto	Completo
- Primario	02 ☐	03 ☐
- Secundario	04 ☐	05 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐

S.E. Reformado

- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo
11 ☐	12 ☐	
- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
- Polimodal	15 ☐	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 DEFUNCION QUE SE ESTA 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	☐
S.E. No reformado	Incompleto	Completo
- Primario	02 ☐	03 ☐
- Secundario	04 ☐	05 ☐
Superior o universitario	06 ☐	07 ☐

S.E. Reformado

- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo
11 ☐	12 ☐	
- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
- Polimodal	15 ☐	16 ☐

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

PADRE / MADRE

25. Cuál era su situación laboral?

Trabaja o está de licencia	1 ☐
No trabaja	2 ☐
Busca trabajo	3 ☐

26. Cuál es su ocupación habitual?

No usar

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

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

Apellido y nombre: Jon Santana, L. Pineda Matricula Profesional N°: 5980 Firma: Jon Santana

Médico 1 ☐ Domicilio: Victorio Aguirre N°: 502

Otro 2 ☐ Localidad: Puerto Llanero Teléfono: Sello:

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES





Registro Provincial
de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

02	305	2.007
TOMO	ACTA	AÑO

NACIMIENTO

053

En Puerto Iguazú, Departamento Iguazú,

República Argentina, a 24 de setiembre

de 20 07. Yo Oficial Público de este Registro Civil inscripto el NACIMIENTO de

ARNALDO DAVIO D.N.I. N° 48.088.325

Sexo masculino nacido el 23 de marzo de 2002

a las 8⁰⁰ horas, en Puerto Iguazú-Misiones

Hijo de _____

_____ Doc. Ident. _____

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

Apellido NUÑEZ

Según certificado de Presuntiva edad y declaración de testigos

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

Domicilio B° Primavera Puerto Iguazú Obra en virtud de ser el padre.

Disposición 129/99 y Oficio de la Ref. en el Oficio N° 1 de la

3ª Circunscripción Judicial de Eldorado-Misiones. Firma la /

declarante y testigos: Blanca Isabel CAMACHO-D.N.I. 18.684. /

515 y José Ramón GALEANO-D.N.I. 14.856.224 hábiles

Elva P. Muñoz

B. Bonetto

MARGARITA VERGARA de PENAYO
DELEGADA TITULAR
del Registro Provincial de las Personas

02_060514000106-001934



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. 3379-A-25, AQUINO MARY STELA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE NUÑEZ ARNALDO ANDRES".-

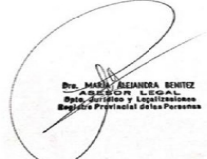
Que a fs. 01 Se presenta la Sra. AQUINO Mary Stela en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 20.306.414 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de NUÑEZ Arnaldo Andres D.N.I. N° 48.088.325, (Acta 192-Tomo 1º-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic 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 fotocopias 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. JESSICA ALEJANDRA GONZALEZ
ABOGADA LEGAL
Dep. 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

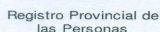
DISPONE:

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'



Tomo	Acta	Año
1	192	2025

DEFUNCIÓN

En _____ Igazú - 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: _____
v 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

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 NÚÑEZ 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 Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 07-11-2025.



VIVIANA C. R. CASTILLO
Jefe Dpto. Despacho
Comisión Ejecutiva de las Personas

9a6487ce9e0eb1cf073aedc8a029902a