

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 | CARMEN ESTELA TILLWITZ |              |            |
| DNI / C.I         | 25.170.831             | Nacionalidad | ARGENTINA  |
| Domicilio         | GARUPA CENTRO 1506     | Tel.Cel      | 3755508120 |
| En carácter de:   | SEGUNDA FIRMA          |              |            |

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

| ACTA            | NUMERO | TOMO | FOLIO | AÑO  | DELEGACIÓN       | COPIA               |
|-----------------|--------|------|-------|------|------------------|---------------------|
| DEFUNCI<br>ONES | 8      | 1    | 8     | 2026 | 1506 GARUPA MNES | EN LA<br>DELEGACION |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Dato/s Incorrecto/s | EL NOMBRE: CARLO |
| Dato/s Correcto/s   | DEBE SER: CARLOS |

| 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 | COPIA DE ACTA DE DEFUNCION | 2 | COPIA DE CERTIFICADO DE ESTADISTICO |
| 3 | COPIA DEL DNI              | 4 | Haga clic aquí para escribir texto. |

**OBSERVACIONES:**

diazsepelios@gmail.com-- 3765517627

Sin otro particular, saludo a Ud. muy

atte,

TILLWITZ CARMEN ESTELA

Firma de Solicitante

Firma de Solicitante

Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 1    | 8    | 2026 |

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA  
República Argentina, a Catorce de Enero  
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de TUZES JUAN CARLO  
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
estado N/D  
profesión - Doc. Ident DNI: 14705123  
Domicilio av. las americas y rolon - garupa - misiones  
Hijo de: -  
y de: -  
Nacido en MISIONES el 14 de Enero de 1962  
Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES  
El 11 de Enero de 2026 a las 11:40 horas  
Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO  
Certificado Médico: MEDICO ROMINA MACARENA HILLER  
Era cónyuge de: -  
Declarante: Angel Emanuel KASTNER Doc. Ident: 46712611  
Domicilio: AV. QUARANTA 2769  
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE, DECRETO PROVINCIAL 2318/25. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.







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

|   |                        |        |                             |        |   |      |       |      |
|---|------------------------|--------|-----------------------------|--------|---|------|-------|------|
| 1 | Fecha de Inscripción   | Día    | Mes                         | Año    |   |      |       |      |
|   |                        | 14     | 01                          | 2026   |   |      |       |      |
| 2 | Departamento o Partido | 3      | Delegación o Registro Civil | Número | 4 | TOMO | FOLIO | ACTA |
|   | Capitán                | Sampso | 1506                        | 1      | 8 | 8    |       |      |

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

|   |  |  |                               |   |                                    |  |                               |
|---|--|--|-------------------------------|---|------------------------------------|--|-------------------------------|
| 5 | ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? | Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> | 6 | Lo atendió el médico que suscribe? | Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|-------------------------------|---|------------------------------------|--|-------------------------------|

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

a) Paso cardiovascular

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.

Intervalo Aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por: \* Accidente 1  \* Suicidio 2  \* Homicidio 3  \* Se ignora 9

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:

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

\* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si 1  No 2  Se ignora 9

\* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1  Parto 2  Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s TVES Nombre/s JUAN CARLOS D.N.I. N° 14705123

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 14 01 2026 11 Fecha de nacimiento 14/01/1962

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

\* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años 63

\* 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 Masculino 1  Femenino 2  Indeterminado 3

14 Ocurrió en... \* Establecimiento de salud público 1  \* Establecimiento privado, obra social, etc. 2  \* Vivienda (domicilio) particular 3  \* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4

Nombre del establecimiento: Hospital Santa Teresita de Feijó

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: Av. Jorge Knorr s/n

Localidad/Paraje Gurupí Departamento o Partido Capital

Provincia Misiones

16 Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Av. América y Rolón s/n

Localidad/Paraje Gurupí Departamento o Partido Capital

Provincia (o país para extranjeros) Argentina - Misiones País

17 Pertenece o estuvo asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

Continúa al dorso



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname  
TUZES



Nombre / Name  
JUAN CARLOS

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
M                      ARGENTINA                      B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
14 ENE/ JAN 1962

Fecha de emisión / Date of issue  
10 MAY/ MAY 2017

*Juan Carlos Tuzes*  
FIRMA IDENTIFICADORA / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
10 MAY/ MAY 2032

Documento / Document

14.705.123

Trámite Nº / Of. ident.

00493699441  
8276







MINISTERIO DE GOBIERNO  
REGISTRO PROVINCIAL  
DE LAS PERSONAS

*2026- "Año de la concientización y abordaje de las enfermedades poco frecuentes, de la prevención de consumos problemáticos y adicciones, del uso responsable de la tecnología, de la innovación en la chacra y de las democracias inteligentes"*

21 de enero del 2026, Posadas Misiones

EXPTE N° 115-A-2026 Reg.  
DGRPP caratulados: "  
S/RECTIFICACION ACTA DE  
DEFUNCION TUZES JUAN  
CARLO"

**SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL  
REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS:**

Cotejadas y analizadas la documentales acompañadas, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende que, salvo mejor criterio, corresponde hacer lugar a al pedido de rectificación obrante a fs.1; dando el visto bueno, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Así opino.-

**ASESORÍA LETRADA DEL R.P.P.**



Dra. MARIANA ALEJANDRA BENÍTEZ  
ASESORA LEGAL  
Ejército Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas



2026-“Año de la concientización y abordaje de las enfermedades poco frecuentes, de la prevención de consumos problemáticos y adicciones, del uso responsable de la tecnología, de la innovación en la chacra y de las democracias inteligentes”

Posadas, 23 de Enero de 2026.

**DISPOSICIÓN N° 182/26**

**VISTOS:**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>CARATULA</b> | <b>EXPTE N° 115-A-2026 Reg. DGRPP caratulados: “S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION TUZES JUAN CARLO”</b> |
|-----------------|---|

**CONSIDERANDO:**

|                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| <b>SOLICITANTE</b>     | <b>CARMEN ESTELA TILLWITZ</b> |
| <b>DNI</b>             | <b>25.170.831</b>             |
| <b>En carácter de:</b> | <b>FIRMA AUTORIZADA</b>       |

| <b>ACTA</b> | <b>NUMERO</b> | <b>TOMO</b> | <b>FOLIO</b> | <b>AÑO</b> | <b>COPIA</b>           | <b>DELEGACIÓN</b> |
|-------------|---------------|-------------|--------------|------------|------------------------|-------------------|
| Defunción   | 8             | 1           | 8            | 2026       | ARCHIVO/<br>DELEGACIÓN | GARUPA            |

**QUE**, corresponde encuadrar el presente trámite dentro del marco normativo establecido por el Artículo 85 de la Ley N° 26413, Ley I – N° 89 (Antes Ley 2970) y normativas concordantes, conforme lo dictaminado oportunamente por el Departamento Jurídico y Legalizaciones, en los presentes autos trámite;

**POR ELLO:**

**LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS  
DISPONE:**

**ARTICULO 1°: RECTIFÍQUESE** mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe:

| <b>ACTA</b> | <b>NUMERO</b> | <b>TOMO</b> | <b>FOLIO</b> | <b>AÑO</b> | <b>COPIA</b>           | <b>DELEGACIÓN</b> |
|-------------|---------------|-------------|--------------|------------|------------------------|-------------------|
| Defunción   | 8             | 1           | 8            | 2026       | ARCHIVO/<br>DELEGACIÓN | GARUPA            |

el siguiente dato: nombre del causante, debiendo ser : “**JUAN CARLOS**”.-

**ARTICULO 2°: COMUNÍQUESE** oportunamente, por Departamento Despacho del D.G.R.P.P a la Delegación que correspondiere, a los efectos del cumplimiento de la presente disposición.-

**ARTICULO 3°: REGÍSTRESE**, Comuníquese, cumplido, **ARCHÍVESE** por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA Paula Brigida  
Firmado digitalmente por  
ECHEVERRIA Paula Brigida  
Fecha: 2026.01.23 11:21:33  
+0300'



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

8

| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 1    | 8    | 2026 |

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA  
 República Argentina, a Catorce de Enero  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de TUZES JUAN CARLO  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión - Doc. Ident DNI: 14705123  
 Domicilio av. las americas y rolon - garupa - misiones  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en MISIONES el 14 de Enero de 1962  
 Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES  
 El 11 de Enero de 2026, a las 11:40 horas  
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO  
 Certificado Médico: MEDICO ROMINA MACARENA HILLER  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: Angel Emanuel KASTNER Doc. Ident: 46712611  
 Domicilio: AV. QUARANTA 2769  
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE, DECRETO PROVINCIAL 2318/25. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.

13

### Rectificación

Disposición N° 182/26 de fecha 23-01-2026. Expte N° 115-A-26. ART. 1° RECTIFIQUESE, mediante nota marginal en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Numero 8- Tomo 1°- Folio 8- Año 2026, Delegación Garupá- Copia Archivo/ Delegación, el siguiente dato: nombre del causante, debiendo ser: "JUAN CARLOS".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 27-01-2026.



VIVIANA C. R. CASTILLO  
 Jefe Dpto. Dpto. 2769  
 Registro Provincial de las Personas

7c8032e22d82b9b4d22f1583c9dfe2bb