

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	TILLWITZ CARMEN ESTELA		
DNI / C.I	25170831	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 ONES	13	1	13	2026	1506 GARUPA MNES	EN LA DELEGACION

Dato/s Incorrecto/s	AÑO DE DESCESO 2025
Dato/s Correcto/s	DEBE SER :2026

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 DEL CERTIFICADO DE ESTADISTICO
3	COPIA DEL DNI.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

Lopez34893@gmail.com - 3755 701611

Sin otro particular, saludo a Ud. muy

atte.

TILLWITZ CARMEN ESTELA
FIRMA AUTORIZADA
Registro Provincial de las personas

Firma de Solicitante

Firma y Sello de Funcionario

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	13	2026

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA
 República Argentina, a Veintiuno de Enero
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MARQUEZ JULIO
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión - Doc. Ident DNI: 8542637
 Domicilio LINIERS MZ 144 SAN JORGE CANDELARIA - MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 15 de Julio de 1946
 Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES
 El 20 de Enero de 2025 a las 18:00 horas
 Causa de la Defunción: FALLO MULTIORGANICO
 Certificado Médico: MEDICO MARIO SANTIAGO BALLEJOS
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Luis Carlos LOPEZ Doc. Ident: 34893452
 Domicilio: AV. ROQUE SAENZ PEÑA - CANDELARIA - MISIONES
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.





Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	13	2026

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA
 República Argentina, a Veintiuno de Enero
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MARQUEZ JULIO
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión - Doc. Ident DNI: 8542637
 Domicilio LINIERS MZ 144 SAN JORGE CANDELARIA - MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 15 de Julio de 1946
 Ocurrida en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES
 El 20 de Enero de 2025, a las 18:00 horas
 Causa de la Defunción: FALLO MULTIORGANICO
 Certificado Médico: MEDICO MARIO SANTIAGO BALLEJOS
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Luis Carlos LOPEZ Doc. Ident: 34893452
 Domicilio: AV. ROQUE SAENZ PEÑA - CANDELARIA - MISIONES
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.



TILLWITZ CARMEN ESTELA
Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día Mes Año
21 01 2026
TOMO FOLIO ACTA
1 13 13

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO
Capital Gacupa 1806

CERTIFICO que Don/ña MARQUEZ Dño
D.N.I./L.C./C.I. 8.542.637 Domiciliado/a en calle UNIVERS MARIA SAN JORGE Nº
Localidad CAPODEWAPA Provincia MISIONES de 29 Años de edad, Nacido el 15 de Julio de 1946
en MISIONES Estado Civil (1) Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 20 de ENERO de 20026 a las 18:00 horas en: CAWPA

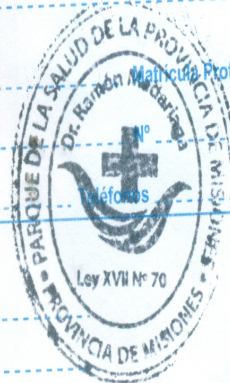
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Si 1 No 2 Lo atendió el médico que suscribe Si 1 No 2

Causa de la defunción a) FALLO MULTIORGÁNICO b) SHOCK SÉPTICO
Lugar donde ocurrió el hecho: HOSPITAL DE FAMILIA

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido BALLEJO SANTIAGO Matrícula Profesional Nº 1605986

Domicilio Profesional: Calle 3413 Dto. Piso
Localidad CAWPA 3764212378

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: CAWPA
Fecha: 20 de Enero de 20026



BALLEJO SANTIAGO
MEDICO ESPECIALISTA EN
TERAPIA INTENSIVA
COORDINADOR UTI
165986
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

BALLEJO SANTIAGO
MEDICO ESPECIALISTA EN
TERAPIA INTENSIVA
COORDINADOR UTI
165986
DIGO: EN FAMILIA

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de Inscripción: Día 20, Mes 10, Año 2026
 2 Departamento o Partido: Capital
 3 Delegación o Registro Civil: Grupo
 4 TOMO: 1, FOLIO: 13, ACTA: 13

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 No 2 → Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico que suscribe? Si 1 No 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.
 a) FALLO MULTIORGÁNICO
 b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) INFECCIÓN SEPTICA
 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)
 a) Indicar si fue por: * Accidente 1 * Suicidio 2 * Homicidio 3 * Se ignora 9
 b) Como 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 Continuar abajo
 * 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: MALAVEZ Nombre/s: JUAN D.N.I. N°: 8.542.637

10 Fecha de la defunción: Día 20, Mes 10, Año 2026 11 Fecha de nacimiento: 15/07/1946

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)
 * Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 79
 * 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 _____

13 Sexo: Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3

14 Ocurrió en...
 1 Establecimiento de salud público 2 Establecimiento privado, obra social, etc.
 3 Vivienda (domicilio) particular 4 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)
 Nombre del establecimiento: HOSPITAL DE FARMIA

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: 3413
 Localidad/Paraje: CAMPO Departamento o Partido: CAPITAL Provincia: MISIONES

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: LINIERS 17 SAN JORGE
 Localidad/Paraje: CAYECUÑA Departamento o Partido: CAYECUÑA País: MISIONES

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)
 * Obra Social 1 * Plan de salud privado o mutual 2 * Ambos 3 * Ninguno 4

Continúa al dorso

<ul style="list-style-type: none"> S.E. No reformado <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 	<table border="1"> <tr><th>Incompleto</th><th>Completo</th></tr> <tr><td>03 <input type="checkbox"/></td><td>05 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>07 <input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	Incompleto	Completo	03 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> S.E. Reformado <ul style="list-style-type: none"> -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/> -- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> -- Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 	<table border="1"> <tr><th>Incompleto</th><th>Completo</th></tr> <tr><td>12 <input type="checkbox"/></td><td>14 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16 <input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	Incompleto	Completo	12 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	
Incompleto	Completo														
03 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>														
07 <input type="checkbox"/>															
Incompleto	Completo														
12 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>														
16 <input type="checkbox"/>															

19 Cuál era su situación laboral?

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

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)

<ul style="list-style-type: none"> Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> S. E. No reformado <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 	<table border="1"> <tr><th>Incompleto</th><th>Completo</th></tr> <tr><td>03 <input type="checkbox"/></td><td>05 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>07 <input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	Incompleto	Completo	03 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <ul style="list-style-type: none"> -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/> -- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> -- Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 	<table border="1"> <tr><th>Incompleto</th><th>Completo</th></tr> <tr><td>12 <input type="checkbox"/></td><td>14 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16 <input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	Incompleto	Completo	12 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	
Incompleto	Completo														
03 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>														
07 <input type="checkbox"/>															
Incompleto	Completo														
12 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>														
16 <input type="checkbox"/>															

22 Cuál es su edad? (años cumplidos)

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)

<ul style="list-style-type: none"> Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> S. E. No reformado <ul style="list-style-type: none"> -- Primario 02 <input type="checkbox"/> -- Secundario 04 <input type="checkbox"/> Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 	<table border="1"> <tr><th>Incompleto</th><th>Completo</th></tr> <tr><td>03 <input type="checkbox"/></td><td>05 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>07 <input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	Incompleto	Completo	03 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <ul style="list-style-type: none"> -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) 11 <input type="checkbox"/> -- Ciclo EGB 3ro. 13 <input type="checkbox"/> -- Polimodal 15 <input type="checkbox"/> 	<table border="1"> <tr><th>Incompleto</th><th>Completo</th></tr> <tr><td>12 <input type="checkbox"/></td><td>14 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16 <input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	Incompleto	Completo	12 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	
Incompleto	Completo														
03 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>														
07 <input type="checkbox"/>															
Incompleto	Completo														
12 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>														
16 <input type="checkbox"/>															

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
- No trabaja
 - Busca trabajo 2
 - No busca trabajo 3

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 BALLEDES SANTIAGO

Domicilio Profesional: Calle 3 y 13

Localidad: GAMPÁ

Matricula Profesional N° NO SABE

Firma [Firma]

N° 376921738

Sello [Sello]

Dr. Ramón Marín

Parque de la Salud

BALLEDES SANTIAGO

MEDICINA ESPECIALISTA EN

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CON REGISTRO EN

MOSSOR



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DONANTE: NO

REMAPER EMISSION 002



Apellido / Surname
MARQUEZ

Nombre / Name
JULIO

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
C

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 JUL / JUL 1946

Fecha de emisión / Date of issue
08 SEP / SEP 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 SEP / SEP 2037

Julio Marquez
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

M8.542.637

Trámite N° / Of. ident.
**00693750400
8149**





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"

28 de enero del 2026, Posadas Misiones

EXPTE N° 131-A-2026 Reg.
DGRPP caratulados: "S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION MARQUEZ JULIO"

SECRETARIA GENERAL DEL SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS:

Cotejadas y analizadas la documentales, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende que, criterio, corresponde hacer lugar a la rectificación de datos solicitada a fs.1; lo bueno, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 ley N° 26413 y concordantes.-

Así opino.-

ENTRADA DEL R.P.P.


Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
ABOGADA LEGAL
Depart. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

REGISTRO P

acompañada
salvo mejor
dando el vis
normativas c

ASESORÍA



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, 29 de Enero de 2026.

DISPOSICIÓN N° 271/26

VISTOS:

CARATULA	EXPTE N° 131-A-2026 Reg. DGRPP caratulados: “S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION MARQUEZ JULIO ”
-----------------	---

CONSIDERANDO:

SOLICITANTE	TILLWITZ CARMEN ESTELA
DNI	25170831
En carácter de:	FIRMA AUTORIZADA

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	13	1	13	2026	ARCHIVO/ 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 cuerpo del acta que a continuación se describe:

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	13	1	13	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	GARUPA

el siguiente dato: fecha de fallecimiento del causante, DEBIENDO DECIR: **20 de enero de 2026.-**

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

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

ECHEVERRIA
Paula Brigida

Firmado digitalmente por
ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2026.02.04 10:50:45 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	13	2026

DEFUNCIÓN

En Capital - GARUPA
 República Argentina, a Veintiuno de Enero
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MARQUEZ JULIO
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión - Doc. Ident DNI: 8542637
 Domicilio LINIERS MZ 144 SAN JORGE CANDELARIA - MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 15 de Julio de 1946
 Ocurred en: HOSPITAL DE FATIMA - GARUPA - MISIONES
 El 20 de Enero de 2025, a las 18:00 horas
 Causa de la Defunción: FALLO MULTIORGANICO
 Certificado Médico: MEDICO MARIO SANTIAGO BALLEJOS
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Luis Carlos LOPEZ Doc. Ident: 34893452
 Domicilio: AV. ROQUE SAENZ PEÑA - CANDELARIA - MISIONES
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.

Rectificación

Disposición N° 271/26 de fecha 29-01-2026. Expte N° 131-A-2026. ART. 1° RECTIFÍQUESE mediante nota marginal, en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 13- Tomo 1- Folio 13- Año 2026- Copia Archivo/ Delegación- Delegación Garupa, el siguiente dato: fecha de fallecimiento del causante, DEBIENDO DECIR: 20 de enero de 2026.- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas, Misiones. 04-02-2026



VIVIANA C. R. CASTILLO
 Jefe Dept. Despacho
 de las Personas