

29/01/2026

**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 94	Tel.Cel	3757676537
En carácter de:	FUNCIONARIA RPP		

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
-----	03	1°	03	2026	-----	-----

Dato/s Incorrecto/s	DICE:SEXO MASCULINO
Dato/s Correcto/s	DEBE DECIR:SEXO FEMENINO

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	FOTOCOPIA DNI	2	ACTA DEFUNCION
3	Haga clic aquí para escribir texto.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

**OBSERVACIONES:**

Haga clic aquí para escribir texto.

atte.

*[Handwritten Signature]*

Firma de Solicitante



Sin otro particular, saludo a Ud. muy

*[Handwritten Signature]*

Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	3	2026

DEFUNCIÓN

En Iguazú - SAMIC IGUAZU  
 República Argentina, a Doce de Enero  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ANDINO LEONIDAS  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado CASADO  
 profesión NO DECLARA Doc. Ident DNI: 12225954  
 Domicilio B° 300 VDAS EDF.J-1 DPTO N° 10 PUERTO IGUAZU MISIONES  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en PCIA MISIONES el 11 de Abril de 1956  
 Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC IGUAZU  
 El 10 de Enero de 2026, a las 12:45 horas  
 Causa de la Defunción: DISFUNCION MULTIORGANICA CANCER DE PANCREAS  
 Certificado Médico: MEDICO FLORENCIA AGUIRRE  
 Era cónyuge de: EUSEBIO OSCAR ISAGUIRRE  
 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



**AGUIRRE MARY STELA**  
 Escribana Titular  
 Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

Apellido / Surname  
ANDINO

Nombre / Name  
LEONIDAS

Sexo / Sex  
F

Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Ejemplar  
B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
1 ABR / APR 1956

Fecha de emisión / Date of issue  
23 ENE / JAN 2025

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
28 ENE / JAN 2040

Documento / Document  
12.225.954

Título N° / Tit. ident.  
00730302024  
8151

MIN. DE. IDENTIFICACIONES





CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción: 1201/2026

DEPARTAMENTO: Iguazú REGISTRO CIVIL DE: Hosp SAMIC NÚMERO: 2900

TOMO: 7 SOLO: 03 ACTA: 03

CERTIFICADO que Don/Doña: Aniceto Leonidas Varón  Mujer

D.N.I./C.I.: 12225954 Domicilio en calle: Eclif. J1-DEPTO 10 S/N B° 300 viv. Nº

Localidad: Iguazú Provincia: Misiones es 69 años de edad. Nació el 11 de abril de 1956

en SAMIC Estado Civil (1) Profesión u ocupación

Muerto el día: 10 de enero de 2026 a las 12:45 horas en SAMIC Iguazú

¿Hubo atención médica durante la enfermedad? Sí  No  Le atendió el médico: Sí  No

¿Cuál fue la causa que produjo la muerte? Sí  No  que suscribió: No

Causa de la defunción: a) Distorsión multiorbácula b) (causa de muerte)

Lugar donde ocurrió el hecho: SAMIC Iguazú

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido: Aguirre Florencia Roxana Matrícula Profesional Nº: M07581

Disciplino Profesional: Certe: Victoria Aguirre Nº: 142 Dto.

Localidad: Iguazú

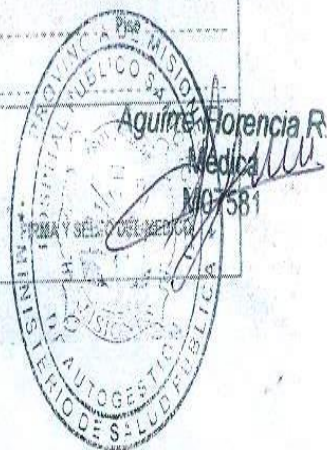
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION

Lugar: Hospital SAMIC Iguazú

Fecha: 10 de enero de 2026

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

Diso: Misiones  
Aguirre Florencia R.  
Médica  
M07581



**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

(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	
2 Departamento o Partido		3 Delegación o Registro Civil	
Iguazu		Hosp. SAMIC	
Número		4 TOMO FOLIO ACTA	
2400		/ 0 03 03	

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? Sí 1  No 2  Pasará a Preg. 7

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

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

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

a) Falla multiorganica

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Comer de panzas

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 morbosas 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) 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 psicofármaco, 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 16 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

\* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 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 Andino Nombre/s Leonida D.N.I. N° 12225454

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 11/01/2026 11 Fecha de nacimiento 11 de abril de 1956

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

\* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años 69 Años

\* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días Meses 0 Días 0

\* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos Horas 0 Minutos 0

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 SAMIC

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: Victoria Aguirre 142

Localidad/Paraje Iguazu Departamento o Partido Iguazu Provincia Misiones

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Edif. JA-DEPTO10 SIN Bº 300 viv. IPRODHA

Localidad/Paraje Iguazu Departamento o Partido Iguazu Provincia (o país para extranjeros) Misiones País

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

# 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		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
				-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>				

19. ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2 <input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>

20. ¿Cuál era su ocupación habitual?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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)

• Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>					
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
				-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <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**

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 <input type="checkbox"/>					
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
				-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <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 <input type="checkbox"/>
• No trabaja	2 <input type="checkbox"/>
Busca trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>

26. ¿Cuál es su ocupación habitual?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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 <input type="checkbox"/>	Apellido y nombre: <u>Aguirre Florencia</u>	Matrícula Profesional N°: <u>M 07521</u>
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle <u>Victoria Aguirre</u>	N°: <u>142</u>
	Localidad: _____	Teléfono: _____





*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"*

**03 de febrero del 2026, Posadas Misiones**

**EXPTE N° 159-A-2026 Reg.  
DGRPP caratulados: "  
S/RECTIFICACION ACTA DE  
DEFUNCION ANDINO LEONIDAS"**

**SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL  
REGISTRÓ 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 la rectificación de datos solicitada 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. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ  
ASESORA LEGAL  
Dep. Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas**

Posadas, 04 de Febrero de 2026.

**DISPOSICIÓN N° 270/26**

**VISTOS:**

CARATULA	EXPTE N° 159-A-2026 Reg. DGRPP caratulados: "S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION ANDINO LEONIDAS"
----------	---

**CONSIDERANDO:**

SOLICITANTE	AQUINO MARY STELA
DNI	20306414
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP

  
Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ  
ABOGADO LEGAL  
Dep. Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	3	1	3	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	SAMIC IGUAZU

**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	3	1	3	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	SAMIC IGUAZU

el siguiente dato: el sexo del causante, DEBIENDO DECIR: **FEMENINO**.-

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

**ARTICULO 3°:** REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CUMPLIDO, ARCHÍVESE por Departamento Despacho de la Dirección General del RPP.-

ECHEVERRIA  
Paula Brigida

Firmado digitalmente por  
ECHEVERRIA Paula Brigida  
Fecha: 2026.02.05  
08:35:35 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

3

Tomo	Acta	Año
1	3	2026

DEFUNCIÓN

En Iguazú - SAMIC IGUAZU  
 República Argentina, a Doce de Enero  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ANDINO LEONIDAS  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado CASADO  
 profesión NO DECLARA Doc. Ident DNI: 12225954  
 Domicilio B° 300 VDAS EDF.J-1 DPTO N° 10 PUERTO IGUAZU MISIONES  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en PCIA MISIONES el 11 de Abril de 1956  
 Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC IGUAZU  
 El 10 de Enero de 2026, a las 12:45 horas  
 Causa de la Defunción: DISFUNCION MULTIORGANICA CANCER DE PANCREAS  
 Certificado Médico: MEDICO FLORENCIA AGUIRRE  
 Era cónyuge de: EUSEBIO OSCAR ISAGUIRRE  
 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

20

### Rectificación

Disposición N° 270/26 de fecha 04-02-2026. Expte N° 159-A-2026. ART. 1° RECTIFÍQUESE mediante nota marginal, en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 3- Tomo 1- Folio 3- Año 2026- Copia Archivo/Delegación- Delegación Samic Iguazu, el siguiente dato: el sexo del causante, DEBIENDO DECIR: FEMENINO.- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverria, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 05-02-2026.



*Viviana G. R. Castillo*  
**VIVIANA G. R. CASTILLO**  
 Jefa Dpto. Despacho  
 Registro Provincial de las Personas

3a668d983989fad456d209b6f5ee932d