

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	Haga clic aquí para escribir texto.
Domicilio	PUERTO IGUAZU MNES	Tel.Cel	3757676537
En carácter de:	FUNCIONARIA RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
-----	04	1	04	2026	-----	-----

Dato/s Incorrecto/s	AÑO DE FALLECIMIENTO DICE:2025	Haga clic aquí para escribir texto.
Dato/s Correcto/s	DEBE DECIR: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	ESTADISTICO DEFUNCION	2	ACTA DE DEFUNCION
3	Haga clic aquí para escribir texto.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

atte.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy

Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario



REPUBLICA ARGENTINA

Tomos	Acta	Año
1	4	2026

DEFUNCIÓN

En Iguazú - SAMIC IGUAZU
República Argentina, a Dieciseis de Enero
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de
CABRERA ENRIQUE ARMANDO
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 5540880
Domicilio TRES MOSQUETEROS N° 19 B° PRIMAVERA PUERTO IGUAZU MISIONES
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en PCIA MISIONES el 15 de Julio de 1949
Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC IGUAZU
El 16 de Enero de 2025, a las 07:45 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO FALLA MULTIORGANICA
Certificado Médico: MEDICO VIRGINIA GUADALUPE BARRIOS
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



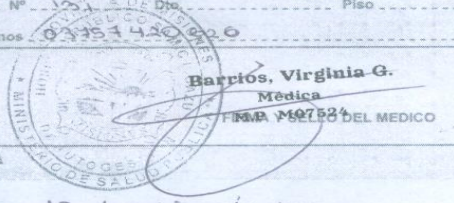
AQUINO MARY STELA
Elegada Titular
Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO Itapúa REGISTRO CIVIL DE NOSP SANAX NUMERO 2900
Fecha de inscripción 16 de 07 de 2026
TOMO 10 FOLIO 09 ACTA 09

CERTIFICADO que Domicia Labraza Espinosa Acosta Varón Mujer
D.N.I. / L.C. / C.I. M.D. 340-880 Domiciliado/a en calle Tres Hermanas D. Primavera Nº 1
Localidad Itapúa Provincia Misiones de 36 Años de edad, Nacido el 16 de Julio de 1949
en Argentina Estado Civil (1) Viudo Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación Retirado
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 16 de Septiembre de 2026 a las 8 horas en: 45
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Sí 1 No 2 Lo atendió el médico que suscribe Sí 1 No 2
o lesión que le produjo la muerte? No 2 que suscribe No 2
Causa de la defunción a) Paro cardiorespiratorio b) falla multiorgánica
Lugar donde ocurrió el hecho: SPANIA 870 Itapúa
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Barríos Virginia G. Guadalupe Matricula Profesional Nº M07524
Domicilio Profesional: Calle Av. 3 de Mayo Nº 121 de Dto. Itapúa Piso 1
Localidad Itapúa Teléfonos 0975742026
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Itapúa
Fecha: 16 de Septiembre de 2026

Para el Registro Civil - Valor Legal



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

* Dijo 7:45hs.

* Dijo 15 de julio de 1949

* Dijo 2026

Barríos Virginia G.
Médica
M.P. M07524

Barríos Virginia G.
Médica
M.P. M07524

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
-- Primario	02 <input checked="" type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15 <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?

Subvado

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	<input type="checkbox"/>
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>

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

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15 <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

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?

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 Apellido y nombre Damos Virginia Guadalupe Matricula Profesional N° 407524 Firma Barrios, Virginia G.

Otro 2 Domicilio: Calle Av. Venezuela, Apurima 100 N° 121 Médico M.R. M07524

Localidad: Iquora Teléfono: 3157 420626 Sello

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO VITAL

1	Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
		16	07	2026
2	Departamento o Partido	3	Delegación o Registro Civil	Número
	San Juan		HOSP. SAMIC	2000
4	TOMO	FOLIO	ACTA	
	10	09	09	

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 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input checked="" type="checkbox"/>		
7	CAUSA DE LA DEFUNCIÓN								
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		a) Paro cardiorrespiratorio					INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE		
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.		b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Falla multiorgánica							
		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.		No Usar							
8	EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)								
a) Indicar si fue por:		* Accidente 1 <input type="checkbox"/>		* Suicidio 2 <input type="checkbox"/>		* Homicidio 3 <input type="checkbox"/>		* Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	
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 psicológico, 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?		Sí 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/>		Se ignora 9 <input type="checkbox"/>		* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	
				Continuar abajo		Día		Mes	
								Año	
La muerte estuvo relacionada con:		Embarazo 1 <input type="checkbox"/>		Parto 2 <input type="checkbox"/>		Puerperio 3 <input type="checkbox"/>			

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s		Nombre/s		D.N.I. Nº			
Cabrera		Enrique Armando		MS. 540.880			
10	Fecha de la defunción			11	Fecha de nacimiento		
	Día	Mes	Año	*	Día	Mes	
	16	07	2026	*	16	07	
12	Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)					13	Sexo
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años		Años		Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>			
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días		Meses		Femenino 2 <input type="checkbox"/>			
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Horas		Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>			
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Minutos					
14	Ocurrió en...		Nombre del establecimiento:				
* Establecimiento de salud público		1 <input checked="" type="checkbox"/>		SAMIC Pto Iquazú			
* Establecimiento privado, obra social, etc.		2 <input type="checkbox"/>		No Usar			
* Vivienda (domicilio) particular		3 <input type="checkbox"/>					
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)		4 <input type="checkbox"/>					
15	Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Av. Victoria aprime 181						
Localidad/Paraje		Departamento o Partido		Provincia			
Iquazú		Pto Iquazú		Misiones			
16	Vivia habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: Tres Mosqueteros 10° Primavera						
Localidad/Paraje		Departamento o Partido		Provincia (o país para extranjeros)		País Arg.	
Iquazú		Pto Iquazú		Misiones			
17	Pertenece o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)						
* Obra Social		* Plan de salud privado o mutual		* Ambos		* Ninguno	
PAMI		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Continúa al dorso

PARTIDAS DIGITALES DISPONIBLES



CABRERA, Enrique
Armando DNI: 5.540.880

Nacio el **1949-07-15**
su edad es :76 años ,6 meses y 20 días Nacido en:
ELDORADO, MISIONES, ARGENTINA - **FALLECIDO** -

PARTIDA DE DEFUNCIÓN (F24D)

Origen	Tipo	Oficina	Acta	Tomo	Folio	Año	Ver
F24D	Defunción	(2900) PUERTO_IGUAZU_CD_R MISIONES	04	1	04	2026	

ATENCION : si la partida que desea expedir no esta en la lista, por favor solicite su **DIGITALIZACION** a la Provincia correspondiente de acuerdo al registro de la partida.



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"

06 de febrero del 2026, Posadas Misiones

**EXPTE N° 201-A-26 Reg. DGRPP
caratulados: "AQUINO MARY
STELA - DELEGACIÓN SAMIC
IGUAZU S/RECTIFICACION ACTA
DE DEFUNCIÓN CABRERA
ENRIQUE ARMANDO"**

**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 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, 06 de Febrero de 2026.

DISPOSICIÓN N° 278/26

VISTOS:

CARATULA	EXPTE N° 201-A-26 Reg. DGRPP caratulados: " AQUINO MARY STELA - DELEGACIÓN SAMIC IGUAZU S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION CABRERA ENRIQUE ARMANDO"
-----------------	---

CONSIDERANDO:

SOLICITANTE	AQUINO MARY STELA
DNI	20.306.414
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	4	1	4	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	4	1	4	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	SAMIC IGUAZU

el siguiente dato: fecha de fallecimiento del causante, DEBIENDO DECIR Y LEERSE: **16 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 lo dispuesto en la presente disposición.-

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: 2026.02.09
07:25:45 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

4

Tomo	Acta	Año
1	4	2026

DEFUNCIÓN

En Iguazú - SAMIC IGUAZU
República Argentina, a Dieciseis de Enero
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de CABRERA ENRIQUE ARMANDO
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 5540880
Domicilio TRES MOSQUETEROS N°19 B° PRIMAVERA PUERTO IGUAZU MISIONES
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en PCIA MISIONES el 15 de Julio de 1949
Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC IGUAZU
El 16 de Enero de 2025, a las 07:45 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO FALLA MULTIORGANICA
Certificado Médico: MEDICO VIRGINIA GUADALUPE BARRIOS
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

22

Rectificación

Disposición N° 278/26 de fecha 06-02-2026. Expte N° 201-A-26. ART. 1° RECTIFIQUESE, mediante nota marginal en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Numero 4- Tomo 1° - Folio 4- Año 2026, Delegación Samic Iguazú- Copia Archivo/ Delegación, el siguiente dato: fecha del fallecimiento del causante, DEBIENDO DECIR Y LEERSE: 16 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. 10-02-2026.



Eloisa Traci Sosa
ELOISA TRACI SOSA
Jefa de Inspección
Registro Provincial de las Personas

e3530ded8b92733331a3bccd969d2611