

11/03/2026

FORMULARIO ANEXO I REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS ART.85 LEY N° 26.413

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	ROLDAN MELISA AGOSTINA		
DNI / C.I	31458460	Nacionalidad	ARGENTINA.
Domicilio	HOSPITAL PUERTO RICO	Tel.Cel	3743 480135.
En carácter de:	2DA JEFA		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
DEFUNCION	3	1	3	2026	HOSPITAL PUERTO RICO	ARCHIVO/DELEGACION

Dato/s Incorrecto/s	MES DE DEFUNCION	08/02/2026
Dato/s Correcto/s	DEBIENDO SER 08/03/2026	

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

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.



ROLDAN MELISA AGOSTINA
2DA JEFA OF N°2857
RPP - HTAL PTO RICO



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomó	Acta	Año
1	3	2026

DEFUNCIÓN

En Libertador General San Martín - HOSP. DE AREA PTO. RICO
 República Argentina, a Diez de Marzo
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MARTINEZ CARDOZO ANTONIO LUCIO
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: PARAGUAY
 estado N/D
 profesión S/D Doc. Ident DNI: 94965810
 Domicilio COLONIA SAN ALBERTO S/N - PUERTO RICO - MISIONES - ARGENTINA
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en PARAGUAY - ITAPUA el 21 de Enero de 1955
 Ocurreda en: HOSPITAL DE ÁREA DR. RICARDO GUTIERREZ
 El 08 de Febrero de 2026, a las 15:53 horas
 Causa de la Defunción: ACV - PAROCARDIORESPIRATORIO
 Certificado Médico: MEDICO ADOLFO JAVIER VALLENA
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: GUILLERMO LUIS VILLALBA Doc. Ident: 41418758
 Domicilio: FUNERARIA LA PAZ - AV. SAN MARTÍN 1455 - PUERTO RICO
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FÚNEBRE. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.



[Handwritten Signature]
GOLDAN MARI SA AGOSTINA
 2da JEFA
 Registro Provincial de las Personas

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	02	<input type="checkbox"/>	Completo	03	<input type="checkbox"/>	
-- Primario		04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>		
-- Secundario							
• 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	<input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2	<input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo		

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

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	02	<input type="checkbox"/>	Completo	03	<input type="checkbox"/>
-- Primario		04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	
-- Secundario						
• 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 responderlas 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	02	<input type="checkbox"/>	Completo	03	<input type="checkbox"/>
-- Primario		04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	
-- Secundario						
• 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	<input type="checkbox"/>
• No trabaja	2	<input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No busca trabajo		

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 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>Vallejo Astolfo J.</u>	Matricula Profesional N° <u>30519</u>
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio _____	
	Profesional: Calle _____	N° _____
	Localidad: <u>Pto. Nuevo</u>	Teléfono: _____

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

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

19. Cuál era su situación laboral?

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

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

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

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	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 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	02	<input type="checkbox"/>	Completo	03	<input type="checkbox"/>	
-- Primario		04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>		
-- Secundario		06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>		
Superior o universitario							

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

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	<input type="checkbox"/>
• No trabaja	2	<input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No busca trabajo		

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 Vallejo Astolfo J. Matricula Profesional N° 30519
 Otro 2 Domicilio _____
 Profesional: Calle _____ N° _____
 Localidad: Pto. Nuevo Teléfono: _____

FIRMADO POR VALLEJO
 ADOLFO J. VALLEJO
 MÉDICO CIRUJANO
 MAT. PROV. N° 3049
 MAT. NAC. N° 198247
 Sello

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
	10	03	2024
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 TOMO FOLIO ACTA
COSTA	MAYAGÜEZ	2024	I 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 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	→ Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN							
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.	a)	Acercamiento					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) un accidente de tráfico					
	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 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?		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?
						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. N°					
Martínez Torres	Mónica Torres	94.965810					
10 Fecha de la defunción	Día	Mes	Año	11 Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
	08	03	2026		21	01	1955
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)							
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años				Años		Sexo	
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días				Meses		Masculino 1 <input type="checkbox"/>	
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos				Días		Femenino 2 <input type="checkbox"/>	
				Horas		Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	
				Minutos			
14 Ocurrió en...							
* Establecimiento de salud público		1 <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del establecimiento: Hospital de Área D-R			
* Establecimiento privado, obra social, etc.		2 <input type="checkbox"/>					
* 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 N° / Ruta y Km.:							
Localidad/Paraje							
Departamento o Partido							
Provincia							
16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.:							
Localidad/Paraje							
Departamento o Partido							
Provincia (o país para extranjeros)							
17 Pertenencia o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)							

Continúa al dorso



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”

12 de Marzo del 2026, Posadas Misiones

**EXPTE N° 611- A- 2026 Reg. DGRPP
caratulados: “ROLDAN MELISA
AGOSTINA S/ RECTIFICACION DE
ACTA DE DEFUNCION DE MARTINEZ
CARDOZO ANTONIO LUCIO”**

**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 C.CYCN.-

Así opino.-

ASESORÍA LETRADA DEL R.P.P.

Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
— ASESORA LETRADA —
Dep. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 12 de Marzo de 2026.

DISPOSICIÓN N°492/26

VISTOS:

CARATULA	EXPTE N° 611- A- 2026 Reg. DGRPP caratulados: “ROLDAN MELISA AGOSTINA S/ RECTIFICACION DE ACTA DE DEFUNCION DE MARTINEZ CARDOZO ANTONIO LUCIO”
-----------------	---

CONSIDERANDO:

SOLICITANTE	ROLDAN MELISA AGOSTINA
DNI	31.458.460
En carácter de:	2DA JEFA

SOLICITA RECTIFICACIÓN DE DATOS EN LA SIGUIENTE ACTA:

ACTA	NUMERO	TOMO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	3	1°	2026	PTO RICO HOSPITAL	ARCHIVO/ DELEGACIÓN

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°: RECTIFIQUESE, mediante nota marginal en la inscripción que a continuación se describe:

ACTA	NUMERO	TOMO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	3	1°	2026	PTO RICO HOSPITAL	ARCHIVO/ DELEGACIÓN

el siguiente dato: la fecha de fallecimiento, siendo el correcto: **“08 de Marzo 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 R.P.P.-

ECHEVERRIA
Paula Brigida

Firmado digitalmente
por ECHEVERRIA Paula
Brigida
Fecha: 2026.03.13
07:30:30 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

3

Tomo	Acta	Año
1	3	2026

DEFUNCIÓN

En Libertador General San Martin - HOSP. DE AREA PTO. RICO
 República Argentina, a Diez de Marzo
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de _____
MARTINEZ CARDOZO ANTONIO LUCIO
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: PARAGUAY
 estado N/D
 profesión S/D Doc. Ident DNI: 94965810
 Domicilio COLONIA SAN ALBERTO S/N - PUERTO RICO - MISIONES - ARGENTINA
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en PARAGUAY - ITAPUA el 21 de Enero de 1955
 Ocurrida en: HOSPITAL DE ÁREA DR. RICARDO GUTIERREZ
 El 08 de Febrero de 2026, a las 15:53 horas
 Causa de la Defunción: ACV - PAROCARDIORESPIRATORIO
 Certificado Médico: MEDICO ADOLFO JAVIER VALLENA
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: GUILLERMO LUIS VILLALBA Doc. Ident: 41418758
 Domicilio: FUNERARIA LA PAZ - AV. SAN MARTÍN 1455 - PUERTO RICO
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FÚNEBRE. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.-

32

Rectificación

Disposición N° 492/26 de fecha 12-03-2026. Expte. N° 611-A-2026. ART. 1° RECTIFIQUESE, mediante nota marginal en la inscripción que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 3- Tomo 1°- Año 2026- Delegación Pto.Rico Hospital- Copia Archivo/ Delegación, el siguiente dato: la fecha de fallecimiento, siendo el correcto: "08 de Marzo de 2026".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas, Misiones. 16-03-2026.



VIVIANA G. R. CASSILLO
 Jefa Dpto. F. Registro
 Registro Provincial de las Personas

5eb3b60b8e24e031fa1119ff92c9b659