

08/07/2024

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	MIRTA ESTHER MARTINEZ		
DNI / C.I	25040657	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	B° EL COLONO KM 6, ELDORADO, MNES.	Tel.Cel	3751 615801
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	230	02	30	2024	ELDORADO KM 2	ARCHIVO
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		FECHA DE FALLECIMIENTO DICE: 30/07/2024			
Dato/s Correcto/s	FECHA DE FALLECIMIENTO DEBE DECIR: 30/06/2024					

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	ACTA DE DEFUNCION	2	CERTIFICADO MEDICO DEL FALLECIDO
3	DNI DEL FALLECIDO	4	DNI DE SOLICITANTE

OBSERVACIONES:

EL MAIL DEL FAMILIAR ES : 3751363875b@gmail.com

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

MIRTA ESTHER MARTINEZ
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas
Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario
MIRTA ESTHER MARTINEZ
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

30

Tomo	Acta	Año
2	230	2024

DEFUNCIÓN

En Eldorado - ELDORADO KM. 2
 República Argentina, a Uno de Julio
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de OLIVERA NADIA ELIZABETH
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión PENSIONADA Doc. Ident DNI: 39227820
 Domicilio COLCOMVET 167, B° AMISTAD KM 4, ELDORADO, MNES.
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 11 de Febrero de 1996
 Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC -ELDORADO, MNES.
 El 30 de Julio de 2024, a las 17:45 horas
 Causa de la Defunción: SINDROME POST PARO, NEUMONIA GRAVE
 Certificado Médico: MEDICO FABIAN LUIS DIAZ
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: CINTHIA VANESA MARCOVICH HARTMANT Doc. Ident: 18831707
 Domicilio: B° El Tucan Km 3, ELDORADO, MNES.
 Obra en Virtud de SER DE EMPRESA FUNERARIA. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO LA DECLARANTE.



MIRTA ESTHER MARTINEZ
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Programa Nacional de Estadística de Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Formulario de Entrega Gratuita

Fecha de Inscripción: Día 04 Mes 07 Año 2024
TOMO 2 FOLIO 30 ACTA 230

DEPARTAMENTO Eldorado REGISTRO CIVIL DE Eldorado NUMERO K12

CERTIFICO que Don/ña OLIVERA MARIA ELIZABETH Varón Mujer

D.N.I. / C.E. 39.227.820 Domiciliado/a en calle COLOMBIA 107 AUSTRIANAS Nº 230

Localidad Eldorado Provincia Misiones de 28 Años de edad, Nacido el 11 de Febrero de 1996

en Misiones Estado Civil (1) soltera Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación Psicóloga

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 30 de JULIO de 2024 a las 1745 horas en: UT

¿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) Síndrome por paro b) Neumonia crónica
terminal intermitente

Lugar donde ocurrió el hecho: TERMINAL INTERMITENTE

PROFESIONAL CERTIFICANTE: Nombre y Apellido FABIAN LUIS DIAZ Matricula Profesional Nº 410786

Domicilio Profesional: Calle 149 Nº 2751421986 Dto. EL DORADO

Localidad Eldorado Teléfonos 2751421986

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Eldorado Misiones
Fecha: 30 de JUNIO de 2024

Dr. FABIAN LUIS DIAZ
ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA
M.P. 786

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO



A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

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
		01	04	2024
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 TOMO	FOLIO
El Dorado	El Dorado	2931	2	30
			ACTA	
				230

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? 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) Síntoma del PAGO

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Neumonía grave

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Retraso quirúrgico

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) 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 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 OLIVERA Nombre/s MARÍA EUZABETH D.N.I. N° 39.227.820

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 30 06 2024 11 Fecha de nacimiento 11/02/1996

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años Años 28

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

* 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... Nombre del establecimiento: HOSPITAL SAUPE EDOUARD

1 Establecimiento de salud público 1 2 Establecimiento privado, obra social, etc. 2 3 Vivienda (domicilio) particular 3 4 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 Pasar a Preg. 15

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

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Localidad/Paraje EDOUARD Departamento o Partido EDOUARD Provincia (o país para extranjeros) HAITI 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
- S.E. No reformado

Incompleto	02 <input type="checkbox"/>	Completo	03 <input type="checkbox"/>
-- Primario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	
-- Secundario			

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"/>
- Superior o universitario 06 07

19. Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia 1
- No trabajaba

Buscaba trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>

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
- S. E. No reformado

Incompleto	02 <input type="checkbox"/>	Completo	03 <input type="checkbox"/>
-- Primario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	
-- Secundario			

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"/>
- Superior o universitario 06 07

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
- S. E. No reformado

Incompleto	02 <input type="checkbox"/>	Completo	03 <input type="checkbox"/>
-- Primario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	
-- Secundario			

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"/>
- Superior o universitario 06 07

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 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>

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 Apellido y nombre DIAZ FABIAN LUIS Matricula Profesional N° 140786 Firma 
 Domicilio Profesional: Calle 1009 N° _____ Dr. FABIAN LUIS DIAZ



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

Apellido / Surname
OLIVERA

Nombre / Name
NADIA ELIZABETH

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
11 FEB / FEB 1996

Fecha de emisión / Date of issue
10 JUN / JUN 2013

Fecha de vencimiento / Date of expiry
10 JUN / JUN 2028

Documento / Document
39.227.820

Trámite N.º / Of. Ident.
00157356149
7020

0222820

FIRMA RESP. SIGNATURE

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname
MARTINEZ

Nombre / Name
MIRTA ESTHER

Sexo / Sex: F Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA Ejemplar: 8

Fecha de nacimiento / Date of birth
10 DIC / DEC 1975

Fecha de emisión / Date of issue
08 AGO / AUG 2018

Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 AGO / AUG 2033

Firma No. de Ident. / SIGNATURE
00558605338
8150

Documento / Document No. 25.040.657



Posadas,.....

A LA SEÑORA
DIRECTOR GENERAL
DEL REGISTRO PCIAL
DE LAS PERSONAS
S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados “EXPTE 2321-A-24, MARTINEZ MIRTA ESTHER S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE OLIVERA NADIA ELIZABETH”.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. MARTINEZ Mirta Esther en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 25.040.657 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de OLIVERA Nadia Elizabeth D.N.I. N° 39.227.820, (Acta 230-Tomo 2°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Eldorado Km. 2-Mnes) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: “30 de Julio de 2024” debiendo ser: “**30 de Junio de 2024**”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. de la causante, 4) D.N.I. de la solicitante.-

Que del cotejo y análisis de la documental acompañada, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende, salvo mejor criterio, que corresponde hacer lugar a lo solicitado; dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85, ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Es cuanto informo.-.

INFORME N° 339/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

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



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

2024 – “Año de la digitalización y simplificación administrativa, de las startups, de la inteligencia Artificial del desarrollo de la ciudadanía digital y de la salud mental”

Posadas, 05 de agosto de 2024.-

DISPOSICION N° 1789 / 2024.-

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 2321-A-24, MARTINEZ MIRTA ESTHER S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE OLIVERA NADIA ELIZABETH”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. MARTINEZ Mirta Esther en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 25.040.657 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de OLIVERA Nadia Elizabeth D.N.I. N° 39.227.820, (Acta 230-Tomo 2°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Eldorado Km. 2-Mnes) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: “30 de Julio de 2024” debiendo ser: “**30 de Junio de 2024**”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción, 3) D.N.I. de la causante, 4) D.N.I. de la solicitante.-

Que se accede por informe N° 339/24 Reg. Departamento Jurídico y Legalizaciones a lo solicitado dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 de la Ley N° 26.413 y normativas concordantes.-

POR ELLO.

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

ARTICULO 1: RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de OLIVERA Nadia Elizabeth, (Acta 230-Tomo 2°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Eldorado Km. 2-Mnes) la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: “**30 de Junio de 2024**”.-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Eldorado Km. 2-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

ARTICULO 3: REGISTRESE, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA
Paula Brigida

Firmado digitalmente por
ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2024.08.06
10:28:01 -03'00'

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
2	230	2024

DEFUNCIÓN

En Eldorado - ELDORADO KM. 2
 República Argentina, a Uno de Julio
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de
OLIVERA NADIA ELIZABETH
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión PENSIONADA Doc. Ident DNI: 39227820
 Domicilio COLCOMVET 167, B° AMISTAD KM 4, ELDORADO, MNES.
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 11 de Febrero de 1996
 Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC -ELDORADO, MNES.
 El 30 de Julio de 2024 a las 17:45 horas
 Causa de la Defunción: SINDROME POST PARO, NEUMONIA GRAVE
 Certificado Médico: MEDICO FABIAN LUIS DIAZ
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: CINTHIA VANESA MARCOVICH HARTMANT Doc. Ident: 18831707
 Domicilio: B° El Tucan Km 3, ELDORADO, MNES.
 Obra en Virtud de SER DE EMPRESA FUNERARIA. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO LA DECLARANTE.

81

Rectificación

Disposición N° 1789/2024 de fecha 05-08-2024. Expte N° 2321-A-2024. ART. 1°
 RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: OLIVERA Nadia Elizabeth, (Acta 230- Tomo 2°-
 Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Eldorado Km. 2-Mnes.), la fecha de fallecimiento,
 siendo lo correcto: "30 de Junio de 2024".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida
 Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 08-08-2024.



VIVIANA E. R. GASTILLO
 Jefe Dpto. Despacho
 Registro Provincial de las Personas

67d715f964c219c7844d1bedc9bfc6c5

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
2	230	2024

DEFUNCIÓN

En Eldorado - ELDORADO KM. 2
 República Argentina, a Uno de Julio
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de
OLIVERA NADIA ELIZABETH
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión PENSIONADA Doc. Ident DNI: 39227820
 Domicilio COLCOMVET 167, B° AMISTAD KM 4, ELDORADO, MNES.
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 11 de Febrero de 1996
 Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC -ELDORADO, MNES.
 El 30 de Julio de 2024 a las 17:45 horas
 Causa de la Defunción: SINDROME POST PARO, NEUMONIA GRAVE
 Certificado Médico: MEDICO FABIAN LUIS DIAZ
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: CINTHIA VANESA MARCOVICH HARTMANT Doc. Ident: 18831707
 Domicilio: B° El Tucan Km 3, ELDORADO, MNES.
 Obra en Virtud de SER DE EMPRESA FUNERARIA. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO LA DECLARANTE.

81

Rectificación

Disposición N° 1789/2024 de fecha 05-08-2024. Expte N° 2321-A-2024. ART. 1°
 RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: OLIVERA Nadia Elizabeth, (Acta 230- Tomo 2°-
 Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Eldorado Km. 2-Mnes.), la fecha de fallecimiento,
 siendo lo correcto: "30 de Junio de 2024".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida
 Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 08-08-2024.



VIVIANA E. R. GASTILLO
 Jefe Dpto. Despacho
 Registro Provincial de las Personas

67d715f964c219c7844d1bedc9bfc6c5