

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 | SERGIO SEMEGUEN | | |
| DNI / C.I | 35129300 | Nacionalidad | ARGENTINO |
| Domicilio | MORENO 1554 | Tel.Cel | 3758487313 |
| En carácter de: | FUNCIONARIA/Q DEL RPP | | |

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

| ACTA | NUMERO | TOMO | FOLIO | AÑO | DELEGACIÓN | COPIA |
|---------------------|------------------------|------|------------|------|------------|---------|
| Defunción | 203 | 2 | 3 | 2024 | APOSTOLES | ARCHIVO |
| Dato/s Incorrecto/s | DNI del/la Inscripto/o | | 16.621.628 | | | |
| Dato/s Correcto/s | 12.621.628 | | | | | |

| 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 | DNI DEL FALLECIDO | 2 | ACTA DE DEFUNCION |
| 3 | FORMULARIO | 4 | Haga clic aquí para escribir texto. |

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

SEMEGUEN SERGIO J. M.
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas

Firma de Solicitante

Firma y Sello de Funcionario





Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

| | | |
|------|------|------|
| Tomo | Acta | Año |
| 2 | 203 | 2024 |

DEFUNCIÓN

En Apóstoles - HOSPITAL APOSTOLES
República Argentina, a Diecisiete de Septiembre
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MENIETA Maria Luisa
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión N/D Doc. Ident DNI: 16621628
Domicilio B° 27 de Agosto - Azara - Apóstoles - Misiones
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en Misiones el 07 de Agosto de 1952
Ocurrida en: Hospital De Autogestión - Apóstoles Misiones
El 17 de Septiembre de 2024, a las 01:50 horas
Causa de la Defunción: Paro Cardio Respiratorio - Falla multiorgánica
Certificado Médico: MEDICO CRISTINA ISABEL MAZZO
Era cónyuge de: _____
Declarante: Bias Andres LEVY Doc. Ident: 32487102
Domicilio: España N° 355 Apóstoles Misiones
Obra en Virtud de ser dueño de la funeraria, leída el acta firma conmigo el declarante.



SEMEGUEN SERGIO J. M.
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día Mes Año
17 09 2024
TOMO FOLIO ACTA
2 3 203

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO
Apóstoles Hosp. Apóstoles 33154

CERTIFICO que Don/ña MENDIETA MARIA WISA Varón Mujer

D.N.I./L.C./C.I. 12621628 Domiciliado/a en calle PO 27 de AGOSTO - AZARA Nº

Localidad AZARA Provincia MISIONES de 72 Años de edad, Nacido el 07 de AGOSTO de 1952

en MISIONES Estado Civil (1) SOLTERA Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación JUBILADA

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 17 de 09 de 2024 a las 150 horas en:

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Sí 1 No 2 Lo atendió el médico 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) EAMA MULTIORGÁNICA

Lugar donde ocurrió el hecho: HOSPITAL DE APOSTOLES

PROFESIONAL CERTIFICANTE Nombre y Apellido MARZO CRISTINA ISABEL Matricula Profesional Nº M07542

Domicilio Profesional: Calle Sarmiento Dto. Piso

Localidad APOSTOLES - MISIONES Teléfono 2794 002448

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: HOSPITAL DE APOSTOLES

Fecha: 17 de SEPTIEMBRE de 2024

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal



Dra. Marzo Cristina I.
Médica General
M.P. M07542
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

(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 |
| | | 17 | 10 | 2024 |
| 2 Departamento o Partido | 3 Delegación o Registro Civil | Número | 4 TOMO | FOLIO |
| Apostoles | Dep. Apostoles 100 | 3354 | 2 | 3 |
| | | ACTA | 203 | |

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 checked="" type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|--|--|-------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

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

a) PARO CARDIO RESPIRATORIO

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) PARA MULTIORGANICA

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

NEUMONIA, OBESIDAD, HIPERTENSION, DISQUETIV

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

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: CHARRINO

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 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 MENDIETA Nombre/s MARIA WISA D.N.I. Nº 12 621 628

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 17 10 2024

11 Fecha de nacimiento 07 - AGOSTO - 1952

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años Años 12

* 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... * 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 DE APOSTOLES DR. BERNARDO MASSIA

15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: TUCUMAN

Localidad/Paraje APOSTOLES Departamento o Partido APOSTOLES

Provincia MISIONES

16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: S/CALE

Localidad/Paraje AZARA Departamento o Partido APOSTOLES

Provincia (o país para extranjeros) MISIONES Pais

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

* Otro Social 1 * Plan de salud privado o mutual 2 * Ambos 3 * Ninguno 4

Continúa al dorso







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 3568-A-24, SEMEGUEN SERGIO S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE MENDIETA MARIA LUISA.-

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. SEMEGUEN Sergio en su carácter de Delegado, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 35.129.300 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de MENDIETA Maria Luisa, (Acta 203-Tomo 2°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Hospital de Apóstoles-Mnes) el número de D.N.I. de la causante, donde se consignó: “16.621.628”, debiendo ser: “12.621.628”.-

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.-

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° 521/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. **MARIANA ALEJANDRA BENÍTEZ**
ABOGADO LEGAL
Dpto. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas



Posadas, 17 de Octubre de 2024.-

DISPOSICION N° 2361/24

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 3568-A-24, SEMEGUEN SERGIO S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE MENDIETA MARIA LUISA”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. SEMEGUEN Sergio en su carácter de Delegado, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 35.129.300 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de MENDIETA Maria Luisa, (Acta 203-Tomo 2°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Hospital de Apóstoles-Mnes) el número de D.N.I. de la causante, donde se consignó: “16.621.628”, debiendo ser: “**12.621.628**”.-

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.-

Que se accede por informe N° 521/24 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 MENDIETA Maria Luisa, (Acta 203-Tomo 2°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Hospital de Apóstoles-Mnes) el número de D.N.I. de la causante, siendo lo correcto: “**12.621.628**”.-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación del Hospital de Apóstoles-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
EHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2024.10.17
11:01:32 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

3

| Tomo | Acta | Año |
|------|------|------|
| 2 | 203 | 2024 |

DEFUNCIÓN

En Apóstoles - HOSPITAL APOSTOLES
 República Argentina, a Diecisiete de Septiembre
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MENDIETA María Luisa
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión N/D Doc. Ident DNI: 16621628
 Domicilio B° 27 de Agosto - Azara - Apóstoles - Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Misiones el 07 de Agosto de 1952
 Ocurrida en: Hospital De Autogestión - Apóstoles Misiones
 El 17 de Septiembre de 2024, a las 01:50 horas
 Causa de la Defunción: Paro Cardio Respiratorio - Falla multiorgánica
 Certificado Médico: MEDICO CRISTINA ISABEL MAZZO
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Blas Andres LEVY Doc. Ident: 32487102
 Domicilio: España N° 355 Apóstoles Misiones
 Obra en Virtud de ser dueño de la funeraria, leída el acta firma conmigo el declarante.

122

Rectificación

Disposición N° 2361/2024 de fecha 17-10-2024. Expte N° 3568-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de MENDIETA María Luisa, (Acta 203- Tomo 2°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Hospital de Apóstoles-Mnes.), el número de D.N.I. de la causante, siendo lo correcto: "12.621.628".-ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 18-10-2024.



VIVIANA C. R. CASTILLO
 Jefa Dpto. Defunciones
 Registro Provincial de las Personas

2ed80260e2de2a4ad0b2be22b7ebb8aa