

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	PELEPIUK, Yeni Vanela		
DNI / C.I	22.797.616	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	SAN VICENTE	Tel.Cel	3755-579789
En carácter de:	FUNCIONARIA/O DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	118	1	118	2025	SAN VICENTE	ARCHIVO
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION		RUTA 13 KM 2			
Dato/s Correcto/s	ROTONDA 13 Y AV LIBERTADOR SAN VICENTE. MISIONES					

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	2	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
3	Haga clic aquí para escribir texto.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN.


Firma de Solicitante





Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	118	2025

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAN VICENTE
 República Argentina, a Veintiocho de Julio
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ZALAZAR Marcos Ezequiel
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado SOLTERO
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 40198857
 Domicilio RUTA PCIAL 13 KM 02 EL SOBERBIO MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 17 de Enero de 1997
 Ocurrida en: RUTA 13 KM 2
 El 20 de Julio de 2025, a las 03:00 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO- TEC
 Certificado Médico: MEDICO ANTONIO ELIAS PAULUK
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____
 Obra en Virtud de OFICIO JUDICIAL N° 29717831. EXPTE. N° 106324/2025 de fecha 24 de julio de 2025. Venido del Juzgado de Instrucción N° 3, Secretaria N° 1 de la Quinta Circunscripción Judicial de San Vicente, Misiones. Fdo Dr. Gerardo Alberto CASCO, Juez. Fdo Dr. Ruben Omar REINECK, Secretario.-



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	118	2025

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAN VICENTE
 República Argentina, a Veintiocho de Julio
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ZALAZAR Marcos Ezequiel
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado SOLTERO
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 40198857
 Domicilio RUTA PCIAL 13 KM 02 EL SOBERBIO MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 17 de Enero de 1997
 Ocurrida en: RUTA 13 KM 2
 El 20 de Julio de 2025, a las 03:00 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO- TEC
 Certificado Médico: MEDICO ANTONIO ELIAS PAULUK
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____
 Obra en Virtud de OFICIO JUDICIAL N° 29717831. EXPTE. N° 106324/2025 de fecha 24 de julio de 2025. Venido del Juzgado de Instrucción N° 3, Secretaria N° 1 de la Quinta Circunscripción Judicial de San Vicente, Misiones. Fdo Dr. Gerardo Alberto CASCO, Juez. Fdo Dr. Ruben Omar REINECK, Secretario.-



Carmen Kleibert
CARMEN E. KLEIBERT
 FIRMA AUTORIZADA
 Registro Provincial de las Personas
 San Vicente Misiones

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO _____ REGISTRO CIVIL DE _____ NUMERO _____
Fecha de Inscripción _____ TOMO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____
FOLIO _____ ACTA _____

CERTIFICO que Don/ña Roberto Wilson P. de V. M. Varón Mujer
D.N.I./L.C./C.I. 40195083 Domiciliado/a en calle Rotonda Ruta 13 Nº _____
Localidad Sa. Vicente Provincia Misiones de 28 Años de edad, Nacido el 17 de 1997
en Sa. Vicente Estado Civil (1) Soltero Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación _____
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 20 de 07 de 2008 a las 03 horas en: Sa. Vicente
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si 1 No 2 Lo atendió el médico Si 1 No 2
¿Lesión que le produjo la muerte? No 2 que suscribe No 2
Causa de la defunción a) Paro cardíaco agudo b) T.E.C.
Lugar donde ocurrió el hecho: _____
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Paulka Antino Matrícula Profesional Nº 4908
Domicilio Profesional: Calle Large March Nº 390 Dto. _____ Piso _____
Localidad Sa. Vicente Teléfonos 46-590
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Sa. Vicente
Fecha: 20 de 07 de 2008
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Para el Registro Civil - Valor Legal

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

Dip = Rotonda Ruta 13 y
Av. Libertad Sa. Vicente

Dr PAULKA ELIAS
M.P. 4908
MEDICO POLICIAL
POLICIA DE MISIONES

**(1) CONSTANCIA DE SOLICITUD DE TRÁMITE DNI Y/O PASAPORTE
AL INICIAR ESTE NUEVO TRÁMITE, TU DNI/PASAPORTE ANTERIOR DEJA DE ESTAR VIGENTE**

BOLETA PRENUMERADA N°



Certifico que el/la Sr./a
DNI N° 40198857

ZALAZAR, Marcos Ezequiel
ha iniciado ante esta Oficina Seccional las formalidades correspondientes para tramitar:

RC CD MI EL SOBERBIO, MISIONES 04/ 07/ 2025

NUEVO EJEMPLAR



ERROBIDARTE JACINTO DIEZ
Delegado Titular
Registro y Solicitud de Personas

**LA PRESENTE CONSTANCIA NO ACREDITA IDENTIDAD
Idtramite: (736999670)**

Registro Nacional de las Personas

Ministerio del Interior
Presidencia de la Nación

DOMICILIO DECLARADO EN EL TRÁMITE

RUTA PCIAL 13 KM Nro:2 () GUARANI ,EL SOBERBIO ,MISIONES, ARGENTINA.CP(3338)	Canales de contacto RENAPER:consultas@renaper.gob.ar argentina.gob.ar/interior/renaper/canales-renaper
Segui el estado de tu tramite en: mitramite.renaper.gob.ar	
<input checked="" type="checkbox"/>	

CERTIFICO: Que el presente es copia fiel del
original que tengo a la vista y Doy Fé.-

22 JUL de 2025

201

Dr. REINECK RUBÉN OMAR
SECRETARIO
JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N°3
QUINTA CIRCUNS. JUDICIAL
SAN VICENTE - MISIONES

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO [] REGISTRO CIVIL DE [] NUMERO []
Fecha de inscripción: Día [] Mes [] Año []
TOMO [] FOLIO [] ACTA []

CERTIFICO que Don/ña Julio Carlos 82 años Varón Mujer
D.N.I. / L.C. / C.I. 40.190.01 Domiciliado/a en calle 12 de Abril 13 N° 13
Localidad San Vicente Provincia Misiones de 28 Años de edad, Nacido el 17 de ene de 1917
en San Vicente Estado Civil (1) Soltero Nacionalidad Argentino Profesión u ocupación -
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 20 de 07 de 2007 a las 03 horas en San Vicente
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si No Lo atendió el médico Si No
o lesión que le produjo la muerte? No que suscribe No
Causa de la defunción a) Paro cardíaco agudo b) TEC
Lugar donde ocurrió el hecho 12 de Abril 13
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Julio Antonio Matrícula Profesional N° 4908
Domicilio Profesional: Calle Jorge Masad N° 390 Dto. - Piso -
Localidad San Vicente Teléfonos 46-590
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: San Vicente
Fecha: 20 de 07 de 2007
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
Dr. PAULUKA ELIAS
MEDICO POLICIAL
COMUNIDAD DE ANTHROPOLOGIA

Para el Registro Civil - Valor Legal

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

CERTIFICO: Que el presente es copia fi. del
original que tengo a la vista y Doy Fé.
22 JUL 2007
de 201

Reineck
DR. REINECK RUBÉN OMAR
SECRETARIO
JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N°3
QUINTA CIRCUNS. JUDICIAL
SAN VICENTE - MISIONES

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

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	
-- Primaria	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"/>

19. Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	<input checked="" 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?

Profesional

SOLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA 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	
-- Primaria	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 Prog. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente

NO 2 Pasar a Prog. 27 y 28 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA 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	
-- Primaria	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 DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

25. Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1	<input checked="" 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?

Profesional

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

27. Cuál fue el peso del niño al nacer? • gramos _____

28. Cuál fue su peso al morir? • gramos _____

29. Nació de un embarazo... • semanas completas durante la gestación? _____

• Simple 1 → Ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 → al que produjo: niños vivos, y defunciones fetales

30. En que fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? • En que fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? Día _____ Mes _____ Año _____

31. Contando desde el día de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos _____

32. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? • y cuántas defunciones fetales? _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico: 1 Apellido y nombre: *Dr. Rubén Omar Reineck* Matrícula: _____ Profesional: *Psicólogo* Firma: _____

Otro: 2 Domicilio: _____ Profesional: _____ Calle: _____ Localidad: *San Vicente* Teléfono: _____ Salto: _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

Observación: Que el presente es copia fiel del original.

Se entrega a la vista y Doy Fé.-

22 de *Jul* de 2025 201

Dr. REINECK RUBÉN OMAR
SECRETARIO
JUZGADO DE INSTRUCCION N°3
QUINTA CIRCUNSCRIPCION JUDICIAL
SAN VICENTE - MISIONES

REINECK

RECEBIÓ
13 DE JULIO DE 2025
POLICIA DE DISCRETOS

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

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 17022)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción: Día Mes Año

2 Departamento o Partido: 3 Delegación o Registro Civil: Número: 4 TOMO: FOLIO: ACTA:

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 lo condujo a la muerte? SI 1 No 2 → Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico que suscribió? SI 1 No 2

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que la produjo directamente.

Estados morbosos, ej. exalora alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.

a) *Por caídas en las escaleras*

b) DEBIDO A LO COMO CONSECUENCIA DE: *18*

c) DEBIDO A LO COMO CONSECUENCIA DE: *golpe de trueno*

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

INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (enunciando)

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.
Accidente de tránsito

c) Lugar donde ocurrió el hecho: *SP - Vicate*

PARA TODAS LAS MUJERES DE 16 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? SI 1 No 2 Continuar embarazo? Si ignora 0 * 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: *Robles* Nombre: *Walter Eduardo* D.N.I. N°: *40190387*

7 Fecha de la defunción: Día Mes Año: *12/02/2011* 8 Fecha de nacimiento: *17/01/1997*

9 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: *20* 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*

10 Ocurrió en: 1 Establecimiento de salud público 2 Establecimiento privado, obra social, etc. 3 Vivienda (domicilio) particular 4 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)

Nombre del establecimiento: *SP - Vicate*

Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: *SP - Vicate*

Localidad/Paraje: *SP - Vicate* Departamento o Partido: *Cuzco*

Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: *SP - Vicate*

Localidad/Paraje: *SP - Vicate* Departamento o Partido: *Cuzco* País: *Arg*

Provincia (o país para extranjeros): *Perú*

11 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

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

original que tengo a la vista y doy fe.
 12 de Julio de 2011
 CERTIFICADO que el presente es copia f. del

DR. RENECK RUBEN OVALAR
 SECRETARIO
 JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 3
 QUINTA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL
 SAN VICENTE - MISIONES

Continúa al dorso



Juzgado de Instrucción N- 3 - San
Vicente
SECRETARÍA 1



OFICIO N° 29717831 .-

SAN VICENTE, Mnes.24 de Julio de 2025.-

**A LA SRA. JEFA A CARGO
DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
DELEGACIÓN SAN VICENTE - MISIONES
SU DESPACHO:**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., por disposición de S.S., el señor Juez de Instrucción N° 3, Dr. Gerardo Alberto Casco, titular del Juzgado de Instrucción N° 3, la Quinta Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito sito en la Calle Democracia, Esquina Ricardo Balbín, 1º Piso de la localidad de San Vicente, Mnes, en los autos caratulados: **"EXPTE. N° 106324/2025 NICKEL, VIVIANA BEATRIZ S/ SOLICITA AUTORIZACION DE INSCRIPCION DE DEFUNCION DE QUIEN EN VIDA FUERA ZALAZAR, MARCOS EZEQUIEL.- "**, que se tramita por ante este Juzgado de Instrucción N° 3, Secretaría N° 1, e- mail: juzgadoinstruccion3.sanvicente@jusemisiones.gov.ar, con el objeto de solicitarle, atento a lo determinado por el Art 70 de la Ley 26.413, se inscriba la Defunción de quien en vida fuera ZALAZAR MARCOS EZEQUIEL DNI N° 40198857 nacido el día 17/01/1997 y fecha de defunción 20/07/2025, a las 03:00 horas.-, conforme a la copia certificada del Informe Estadístico de Defunción expedido por el Dr. PAULUK ELIAS Como recaudo legal transcribo lo dispuesto en autos que en sus partes, dice: "San Vicente, 24 de Julio de 2025.- Oficiese:- Fdo. Dr. Gerardo Albero Casco, Juez de Instrucción N° 3, ante mí secretaria autorizante Secretaria N°1".-

Saludo a Usted muy atentamente.-

THR

19/08/2025

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	TRAMPUSCH SABRINA		
DNI / C.I.	37.972.720	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	SAN VICENTE	Tel.Cel	Haga clic aquí para escribir texto.
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	118	1	118	2025	SAN VICENTE	ARCHIVO/DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			EL DOMICILIO DONDE OCURRIO EL HECHO DICE: "RUTA 13 KM 02"		
Dato/s Correcto/s	EL DOMICILIO DONDE OCURRIO EL HECHO DEBE DECIR: " ROTONDA RUTA 13 Y AV. LIBERTADOR					

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 DEFUNCIÓN	2	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
3	Haga clic aquí para escribir texto.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma de Solicitante



Firma y Señal de Funcionario

SABRINA TRAMPUSCH
 DELEGADA TITULAR
 Registro Provincial de las Personas
 San Vicente, 19/08/2025

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 2173-A-25, TRAMPUCH SABRINA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE ZALAZAR MARCOS EZEQUIEL".-

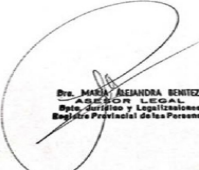
Que a fs. 01 Se presenta la Sra. TRAMPUCH Sabrina en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 37.972.720 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de ZALAZAR Marcos Ezequiel D.N.I. N° 40.198.857, (Acta 118-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el lugar donde ocurrió el hecho, donde se consignó: "Ruta 13-Km. 2-El Soberbio-Misiones", debiendo ser: "**Rotonda Ruta 13 y Av. Libertador-San Vicente-Misiones**".-

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) Constancia de D.N.I. en trámite del 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° 437/25
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES


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

Posadas, 21 de Agosto de 2025.

DISPOSICION N° 1726/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 2173-A-25,
TRAMPUSCH SABRINA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE ZALAZAR
MARCOS EZEQUIEL".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. TRAMPUSCH Sabrina en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 37.972.720 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de ZALAZAR Marcos Ezequiel D.N.I. N° 40.198.857, (Acta 118-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el lugar donde ocurrió el hecho, donde se consignó: "Ruta 13-Km. 02-El Soberbio-Misiones", debiendo ser: "**Rotonda Ruta 13 y Av. Libertador-San Vicente-Misiones**".-

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) Constancia de D.N.I. en trámite del causante.-

Que se accede por informe N° 437/25 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 ZALAZAR Marcos Ezequiel, (Acta 118-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el lugar donde ocurrió el hecho, siendo lo correcto: "**Rotonda Ruta 13 y Av. Libertador-San Vicente-Misiones**".-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de San Vicente-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: 2025.08.22
07:31:25 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	118	2025

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAN VICENTE
 República Argentina, a Veintiocho de Julio
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ZALAZAR Marcos Ezequiel
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado SOLTERO
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 40198857
 Domicilio RUTA PCIAL 13 KM 02 EL SOBERBIO MISIONES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 17 de Enero de 1997
 Ocurrida en: RUTA 13 KM 2
 El 20 de Julio de 2025, a las 03:00 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO- TEC
 Certificado Médico: MEDICO ANTONIO ELIAS PAULUK
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____
 Obra en Virtud de OFICIO JUDICIAL N° 29717831. EXPTE. N° 106324/2025 de fecha 24 de julio de 2025. Venido del Juzgado de Instrucción N° 3, Secretaria N° 1 de la Quinta Circunscripción Judicial de San Vicente, Misiones. Fdo Dr. Gerardo Alberto CASCO, Juez. Fdo Dr. Ruben Omar REINECK, Secretario.

Rectificación

Disposición N° 1726/25 de fecha 21-08-2025. Expte N° 2173-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de ZALAZAR Marcos Ezequiel, (Acta 118- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente- Mnes.) el lugar donde ocurrió el hecho, siendo lo correcto: "Rotonda Ruta 13 y Av. Libertador- San Vicente- Misiones".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 01-09-2025.



MIRIAM C. R. GASTILLO
 Jefa Dpto. Despacho
 Registro Provincial de las Personas