

07/07/2025

**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	22797616	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	122	1	122	2025	SAN VICENTE	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	Nombre del/la Inscripto/a		ALFONSO			
Dato/s Correcto/s	ALONSO					

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 DE ACTA NACIMIENTO	2	COPIA DNI
3	ESTADISTICO DEFUNCION	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



**SARAHINA TRAMPUSCH**  
 DELEGADA TITULAR  
 Registro Provincial de las Personas  
 San Vicente - 3755.000

Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	122	2025

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAN VICENTE  
 República Argentina, a Siete de Agosto  
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de HEDIGER JUAN ALFONSO  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión \_\_\_\_\_ Doc. Ident DNI: 24507627  
 Domicilio H. IRIGOYEN 755 00 OBERÁ MISIONES  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en MISIONES el 15 de Febrero de 1975  
 Ocurrida en: TUPAC AMARU 1800 HOSPITAL PÚBLICO DE SAN VICENTE MISIONES  
 El 02 de Agosto de 2025 a las 19:00 horas  
 Causa de la Defunción: PARO CARDIO POST TRAUMATICO TEC GRAVE TRAUMA TORAX Y ABDOMEN  
 Certificado Médico: MEDICO JOST RAUL ANDRES PEÑALVA  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: JUAN RENE HULTGREN Doc. Ident: 16391435  
 Domicilio: C.E.L.O OBERÁ MISIONES  
 Obra en Virtud de Ser empleado de la empresa funeraria. Art 60 Ley 26413, Disposición 1644/2025. Leída el acta firma conmigo el declarante.



**SABINA TRAMPUSCH**  
 DELEGADA TITULAR  
 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 HENRIET JUAN ALONSO Varón  Mujer   
D.N.I./L.C./C.I. 24 507624 Domiciliado/a en calle tl. Leigoyan N° 755  
Localidad Oberá Provincia Misiones de 50 Años de edad, Nacido el 15 de Febrero de 1925  
en Misiones Estado Civil (1) CASADO Nacionalidad Argentino Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 02 de Agosto de 2025 a las 1920 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 cardiaco post politraumatismo b) TEC GRAVE TRUENO TORAX Y ABDOMEN

Lugar donde ocurrió el hecho: TUPAC ANAW 1800

PROFESIONAL CERTIFICANTE  
Nombre y Apellido Raúl Andrés Benavides Jost Matrícula Profesional N° 1603373

Domicilio Profesional: Calle TUPAC ANAW N° 1800 Dto. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Localidad San Vicente - Misiones Teléfonos \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
Lugar: San Vicente Misiones  
Fecha: 02 de Agosto de 2025

Dr. RAUL ANDRES BENAVIDES JOST  
MEDICO  
M.P. 1603373 - M.N. 104147  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Para el Registro Civil - Valor Legal

Dr. RAUL ANDRES BENAVIDES JOST  
MEDICO  
M.P. 1603373 - M.N. 104147  
for def 02 Agosto / 25

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

**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	<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 checked="" 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	3	<input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>

20. Cuál era su ocupación habitual?

*penicilina*

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	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 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	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	<input type="checkbox"/>
• No trabaja	2	<input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3	<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 *Revolver José Antonio* Matricula Profesional N° *MO385*

Otro 2  Domicilio Profesional: Calle *Jupac Animo* N° *1800*

Firma *[Firma]*

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   

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 certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Sí 1  No 2  → Pasar a Preg. 7

6 Lo atendió el médico que suscribe? Sí 1  No 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

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

a) lazo cardiaco por hipertensión

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) TEC GRAVE - Tromboasx y también

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.

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:

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  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 LEDIGOR Nombre/s JUAN ALONSO D.N.I. N° 24507627

10 Fecha de la defunción: Día 10 Mes 08 Año 2025 11 Fecha de nacimiento 15/02/1975

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

\* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 50

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

\* 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  Pasar a Preg. 15

Nombre del establecimiento: Hospital N° 1 del Dr. San Vicente

15 Domicilio donde se produjo:

Calle y N° / Ruta y Km.: TUPAC AMARU 1800

Localidad/Paraje SAN VICENTE Departamento o Partido GUAYAMA

Provincia MISIONES

16 Vivía habitualmente en:

Calle y N° / Ruta y Km.: Av. Leigoyen 755

Localidad/Paraje Obeco Departamento o Partido Obeco

Provincia (o país para extranjeros) Misiones País   

Continúa al dorso



PROVINCIA DE MISIONES  
MINISTERIO DE GOBIERNO

REGISTRO PROVINCIAL  
DE LAS PERSONAS

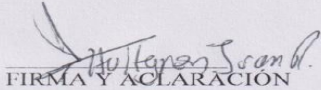
2025 - "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera"

SAN VICENTE 07 DE AGOSTO DE 2025

SEÑOR/A  
DIRECTOR/A GENERAL  
REG. PROV. DE LAS PERSONAS

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

ME DIRIJO A USTED, A LOS EFECTOS DE SOLICITAR AUTORIZAR A QUIEN SUSCRIBE HULTGREN, JUAN RENE DNI N° 16.391.435 LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN DE HEDIGER, JUAN ALONSO OCURRIDA EL 02 DE AGOSTO DEL AÑO 2025 EN TUPAC AMARU N° 1800 HOSPITAL PUBLICO SAN VICENTE.-  
MOTIVO POR EL CUAL VENCIO EL PLAZO DEL TÉRMINO PARA REALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEMORA EN ENTREGA DE LOS ESTADISTICOS.-  
ESPERANDO UNA RESPUESTA FAVORABLE, SALUDO A USTED MUY ATENTAMENTE. -

  
FIRMA Y ACLARACIÓN

POSADAS 07 DE AGOSTO DE 2025

DISPOSICIÓN N° 1644 /2025 -

VISTO; EL PEDIDO FORMULADO POR EL/LA SEÑOR HULTGREN, JUAN RENE DNI N° 16.391.435 QUIEN SOLICITA LA INSCRIPCIÓN FUERA DE TÉRMINO DE LA DEFUNCIÓN DE HEDIGER, JUAN ALONSO OCURRIDA EL 02 DE AGOSTO DEL AÑO 2025 Y CONSIDERANDO LA DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA, CONSISTE EN CERTIFICADO ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN Y LAS PREVISIONES DE LA LEY 26.413. DISPONGO AUTORIZAR LA INSCRIPCIÓN TARDÍA DE LA DEFUNCIÓN MENCIONADA PRECEDENTEMENTE.-

CASTILLO  
Viviana  
Cristina Raquel

Firmado digitalmente  
por CASTILLO Viviana  
Cristina Raquel  
Fecha: 2025.08.07  
10:12:17 -03'00'



MINISTERIO DE GOBIERNO  
PROVINCIA DE MISIONES  
REGISTRO CIVIL

REDACTO:

2 lw.

PROVINCIA DE MISIONES

93

REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

NACIMIENTO

LIBRO - REGISTRO N°

7

ASIENTO N°

243

En la oficina de Oberá

Departamento Oberá

Provincia de Misiones,

República Argentina, a 24 de Marzo

de 19 75

Yo Oficial Público del Registro Provincial de las Personas, incribo el nacimiento  
de: Juan Alonso

Sexo masculino nacido el quince

de Febrero mil novecientos setenta y cinco

a la 5 diecisiete hora S. -

minutos

Lugar de nacimiento Oberá Misiones.

Documento Nacional de Identidad N° 24.507.627

Hijo de: Adolfo HEDIGER

nacionalidad Argentina

doc. ident. L.E. 4.559.573

y de: Marta Inés MELLO

nacionalidad argentina

doc. ident. L.C. 5.736.977

Abuelos paternos don Adolfo HEDIGER

y doña Elsa MELIS

Abuelos maternos don Jose' Eleuterio MELLO

y doña

según certificado de nacimiento expedido por el médico Dr. Luis A. Jerna

Declarante Adolfo HEDIGER

doc. Ident. L.E. 4.559.573.

domicilio Tierra del Fuego 726. Oberá

Obra en virtud de ser el padre.

Testigos

doc. ident

domicilio

doc. ident.

domicilio

Leída el acta lo firma conmigo el declarante.

*Adolfo Hediger*



JUAN CARLOS TORRES  
Delegado R. P. P.  
Oberá (Mnes.)

02\_140312000094-000902



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 "EXPTTE 2320-A-25, PELEPIUK YENI VANELA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE HEDIGER JUAN ALFONSO".-

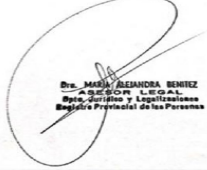
Que a fs. 01 Se presenta la Sra. PELEPIUK Yeni Vanela en su carácter de Delegada del R.P.P., acreditando su identidad con el D.N.I. N° 22.797.616 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de HEDIGER Juan Alfonso D.N.I. N° 24.507.627, (Acta 122-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el nombre del causante, donde se consignó como: "Juan Alfonso", debiendo ser: "Juan Alonso".-

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. del causante, 4) Acta de nacimiento del mismo, 5) Nota de autorización para inscripción de la defunción.-

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° 418/25  
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

  
Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ  
- AGENTE LEGAL -  
Depto. Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 12 de Agosto de 2025.

**DISPOSICION N° 1668/25**

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 2320-A-25,  
PELEPIUK YENI VANELA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE HEDIGER JUAN  
ALFONSO".-

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. PELEPIUK Yeni Vanela en su carácter de Delegada del R.P.P., acreditando su identidad con el D.N.I. N° 22.797.616 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de HEDIGER Juan Alfonso D.N.I. N° 24.507.627, (Acta 122-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el nombre del causante, donde se consignó como: "Juan Alfonso", debiendo ser: "Juan Alonso".-

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. del causante, 4) Acta de nacimiento del mismo, 5) Nota de autorización para inscripción de la defunción.-

Que se accede por informe N° 418/25 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 HEDIGER Juan Alfonso, (Acta 122-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el nombre del causante, siendo lo correcto: "Juan Alonso".-

**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** Firmado digitalmente por  
**Paula Brigida** ECHEVERRIA Paula Brigida  
Fecha: 2025.08.14 08:29:38  
-03'00"



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

122

Tomo	Acta	Año
1	122	2025

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAN VICENTE  
 República Argentina, a Siete de Agosto  
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de HEDIGER JUAN ALFONSO  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión \_\_\_\_\_ Doc. Ident DNI: 24507627  
 Domicilio H. IRIGOYEN 755 00 OBERÁ MISIONES  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en MISIONES el 15 de Febrero de 1975  
 Ocurrida en: TUPAC AMARU 1800 HOSPITAL PÚBLICO DE SAN VICENTE MISIONES  
 El 02 de Agosto de 2025, a las 19:00 horas  
 Causa de la Defunción: PARO CARDIO POST TRAUMATICO TEC GRAVE TRAUMA TORAX Y ABDOMEN  
 Certificado Médico: MEDICO JOST RAUL ANDRES PEÑALVA  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: JUAN RENE HULTGREN Doc. Ident: 16391435  
 Domicilio: C.E.L.O OBERÁ MISIONES  
 Obra en Virtud de Ser empleado de la empresa funeraria. Art 60 Ley 26413, Disposición 1644/2025. Léida el acta firma connmigo el declarante.-

76

### Rectificación

Disposición N° 1668/25 de fecha 12-08-2025. Expte N° 2320-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de HEDIGER Juan Alfonso, (Acta 122- Tomo 1° - Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente- Mnes.) el nombre del causante, siendo lo correcto: "Juan Alonso".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 14-08-2025.



VIVIANA C. R. CASTILLO  
 Jefa Depto. Despacho  
 Registro Provincial de las Personas

23340cc1396f64432b771aa8cceabe4f