

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 OPCIÓN			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 OPCIÓN			Haga clic aquí para escribir texto.		
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

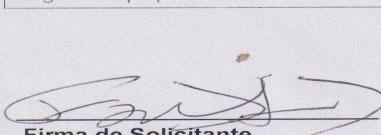
ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	COPIA DE ACTA NACIMIENTO	2	COPIA DNI
3	ESTADÍSTICO 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


REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
C.R. SAN VICENTE
MINISTERIO DE GOBIERNO
CARINA TRAMMUSCH
DELEGADA TITULAR
Registro Provincial de las Personas
San Vicente - Jujuy

Handwritten signature of the registrar
Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de
las Personas

122

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. Leida el acta firma conmigo el declarante.** -



SABINA TRAMPUSCH
DELEGADA TITULAR
Registro Provincial de las Personas
San Vicente - Misiones

23340cc1396f64432b771aa8cceabe4f



Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Programa Nacional de Estadística de Salud
CERTIFICADO DE DEFUNCION

HOSPITAL PÚBLICO NIVEL III
SAN VICENTE
INTERNACION
SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

Formulario de Entrega Gratuita

DEPARTAMENTO	REGISTRO CIVIL DE	NUMERO	Fecha de Inscripción	Dia	Mes	Año
			TOMO	FOLIO	ACTA	
CERTIFICO que Don/ña <u>HEDGER JUAN ALONSO</u> D.N.I. / L.C. / C.I. <u>24507624</u> Domiciliado/a en calle <u>41 12160 y 606</u> Localidad <u>OBERO</u> Provincia <u>MISIONES</u> de <u>50</u> Años de edad, Nacido el <u>15</u> de <u>Febrero</u> de <u>1875</u> en <u>MISIONES</u> Estado Civil (1) <u>CASADO</u> Nacionalidad <u>ARO TOTINO</u> Profesión u ocupación Ha fallecido de: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Muerte Violenta El Día <u>02</u> de <u>Agosto</u> de <u>2005</u> a las <u>19:20</u> horas en: <u>San Vicente</u> ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Causa de la defunción a) <u>PAPO CARMACO FORT POLITRAUMATICO</u> Lugar donde ocurrió el hecho: <u>TUPAC AMARU 1800</u>				Varón <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	
PROFESIONAL CERTIFICANTE Nombre y Apellido <u>DR. RANIERE BONALDO JOSÉ</u> Domicilio Profesional: Calle <u>TUPAC AMARU</u> N° <u>1800</u> Dto. <u></u> Teléfonos <u></u> Localidad <u>San Vicente - Misiones</u>				Nº <u>1800</u>	Dto. <u></u>	Piso <u></u>
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION: Lugar: <u>San Vicente Misiones</u> Fecha: <u>02</u> de <u>Agosto</u> de <u>2005</u>				Matrícula Profesional N° <u>103372</u> DR. RANIERE BONALDO JOSÉ MEDICO M.P. MC 3878 - VAN 204147 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO		

Para el Registro Civil - Valor Legal

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

HOSPITAL PÚBLICO NIVEL III
SAN VICENTE
INTERNACION
SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

Dr. RANIERE BONALDO JOSÉ
MEDICO
M.P. MC 3878 - VAN 204147
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
fde def 02/Agosto/25

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	Completo
-- Primario	02	03
-- Secundario	04	05
Superior o universitario	06	07

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
• No trabajaba	2
Buscaba trabajo	3
No buscaba trabajo	4

20. Cuál era su ocupación habitual?

'peones de campo'

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	Completo
-- Primario	02	03
-- Secundario	04	05
• Superior o universitario	06	07

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)

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

No Usar

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	Completo
-- Primario	02	03
-- Secundario	04	05
• Superior o universitario	06	07

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

25. Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1
• No trabaja	2
Busca trabajo	3
No busca trabajo	4

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: niños vivos, y produjo: 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 Pérez José Luis Arrieta Matrícula Profesional N° 102385 Firma ...

Otro 2 Domicilio ...

Profesional: Calle TUPAC AMARO N° 1300

Localidad San Juan de Lurigancho

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 17622)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	1 Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
			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 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	Pasar a Preg. 7	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN						
<p>I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.</p> <p>Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.</p> <p>II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.</p> <p>a) <i>luto cardíaco pos� bol trovantens</i></p> <p>b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <i>TEC GRAVE - TRAUMATOAX Y TRAUMA</i></p> <p>c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)</p>						
INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE						
<p>8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)</p> <p>a) Indicar si fue por:</p> <p>* Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> <p>c) Lugar donde ocurrió el hecho:</p>						
<p>9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS</p> <p>* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> Continuar abajo</p> <p>* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día _____ Mes _____ Año _____</p> <p>La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/></p>						

DATOS DEL FALLECIDO			
Apellido/s <i>Mediger</i>	Nombre/s <i>JUAN ALONSO</i>	D.N.I. N° <i>24507627</i>	
10 Fecha de la defunción	Día <i>10</i> Mes <i>02</i> Año <i>2025</i>	11 Fecha de nacimiento	<i>15/02/1975</i>
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	<p>* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años</p> <p>* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días</p> <p>* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos</p>		
13 Ocurrió en...	<p>1 <input checked="" type="checkbox"/> } Años <i>20</i></p> <p>2 <input type="checkbox"/> } Meses <i>00</i></p> <p>3 <input type="checkbox"/> } Pasar a Preg. 15 Horas <i>00</i></p> <p>4 <input type="checkbox"/> } Días <i>00</i></p> <p>5 <input type="checkbox"/> } Minutos <i>00</i></p>		
Nombre del establecimiento:	<i>Hospital Wilson - San Vicente</i>		
Domicilio donde se produjo:	<i>TUPAC AMARU 1800</i>		
Localidad/Paraje <i>San Vicente</i>	Departamento o Partido <i>CUATRO V</i>	Provincia <i>MISIONES</i>	Pais
Vivía habitualmente en:	<p>Calle y N° / Ruta y Km.: <i>tr. 1er Boyen - 755</i></p> <p>Localidad/Paraje <i>Obero</i></p> <p>Departamento o Partido <i>Obero</i></p> <p>Provincia (o país para extranjeros) <i>MISIONES</i></p>		

Continúa al dor

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

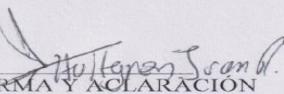
* Obra Social 4

2025 - "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Cibercrimenes, 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 OCURRIDO EL 02 DE AGOSTO DEL AÑO 2025 EN TUPAC AMARU N° 1800 HOSPITAL PÚBLICO SAN VICENTE.-
MOTIVO POR EL CUAL VENCIÓ EL PLAZO DEL TÉRMINO PARA REALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEMORA EN ENTREGA DE LOS ESTADÍSTICOS.-
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 OCURRIDO 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

REDACTOR:

2lw.

PROVINCIA DE MISIONES

93

REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

NACIMIENTO

En la oficina de Oberá

LIBRO - REGISTRO N°

✓

ASIENTO N° 063

Departamento

Oberá

Provincia de Misiones,

República Argentina, a 24 de Marzo

de 1975

Yo Oficial Público del Registro Provincial de las Personas, inscribo el nacimiento de:

Juan Alonso

nacimiento

Sexo: varón

nacido el 24 de Febrero

mil novecientos setenta y cinco

a las dieciseis

hora 5. -

minutos

Lugar de nacimiento: Oberá Misiones.

Documento Nacional de Identidad N°: 24.507.627

Hijo de: Adolfo HEDIGER

nacionalidad: Argentina doc. ident. L.E. Y.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: José Eleuterio MELLO

y doña: — — —

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

Declarante: Adolfo HEDIGER

doc. ident. L.E. Y.559.573.

domicilio: Tierra del Fuego 726. Oberá

Obra en virtud de ser el padre.

Testigos:

doc. ident.

domicilio:

doc. ident.

Y:

domicilio:

Lecida el 26 lo firma conmigo el declarante.

Juan Carlos Torres

JUAN CARLOS TORRES
Delegado R. P. P.
(Mines)



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

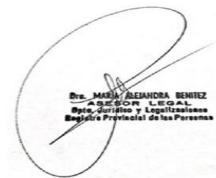
Que a fs. 01 Se presenta la Sra. PELEPIUK Yeni Vanela en su carácter de Delegada del R.P.P., acreditando su identidad con el D.N.I. N° 22.797.616 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de HEDIGER Juan Alfonso D.N.I. N° 24.507.627, (Acta 122-Tomo 1º-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. 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


Dr. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
ASESOR LEGAL
DEPARTAMENTO 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 Vanelia 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 
Paula Brigida Firmado digitalmente por
ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2025.08.14 08:29:38
-03'00'



Registro Provincial de
las Personas

122

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 DEFUNCION de
HEDIGER JUAN ALFONSO
Sexo: **MASCULINO** Nacionalidad: **ARGENTINA**
estado **N/D**
profesión **H. IRIGOYEN 755 00 OBERÁ MISIONES**
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.**

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.



23340cc1396f64432b771aa8cceabe4f