

26/01/2026

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	FREY DELIA MARIEL		
DNI / C.I	36093694	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	B° BANCARIO ARISTOBULO DEL VALLE	Tel.Cel	3751689082
En carácter de:	FIRMA AUTORIZADA R.P.P		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
2	2	1	2	2026	SALTO ENCANTADO	OFICINA

Dato/s Incorrecto/s	FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO	DICE: 16/01/2026
Dato/s Correcto/s	DEBE DECIR:09/08/1952	

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	
3	DNI DEL FALLECIDO	4	Haga clic aquí para escribir texto.

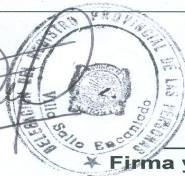
OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

atte.

Frey Delia Mariel
Firma Autorizada
Registro de las Personas

Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario

Sin otro particular, saludo a Ud. muy



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	2	2026

DEFUNCIÓN

En Cainguas - VILLA SALTO ENCANTADO
República Argentina, a Diecinueve de Enero
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de _____
SCHULZ DANIEL
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión _____ Doc. Ident DNI: 10183896
Domicilio KM 945
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 16 de Enero de 2026
Ocurrida en: SANATORIO REGIONAL SALTO ENCANTADO
El 16 de Enero de 2026, a las 23:54 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO
Certificado Médico: MEDICO RICARDO OSCAR FELDMANN
Era cónyuge de: _____
Declarante: DARIO FERNANDO FELDMANN Doc. Ident: 28355430
Domicilio: AV. MISIONES 143
Obra en Virtud de **SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNERARIA LEIDA EL ACTA LA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE**



Frey Delia Mariel
Firma Autorizada
Registro de las Personas

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



Apellido / Surname
SCHULZ

Nombre / Name
DANIEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA C

Fecha de nacimiento / Date of birth
05 AGO / AUG 1952

Fecha de emisión / Date of issue
05 OCT / OCT 2020

Fecha de vencimiento / Date of expiry
05 OCT / OCT 2035

ASSIGNIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document
10.183.896

Trámite Nº / Cf. ident.
00638560388
7368



SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(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			
	19	01	2024			
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil		Número		4 TOMO	FOLIO
Cainguas	Salto Encantado		13411		1	2
					2	2

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"/>	Pasará 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

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

a) PARO CARDIORESPIRATORIO

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

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? Si 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

Sanatorio Regional
Director Médico
Dr. Feldmann Ricardo
M.P.N. 9329

DATOS DEL FALLECIDO

Apellidos SCHULTZ Nombre/s DANIEL D.N.I. N° 10.183.896.

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 16/01/2024 **11** Fecha de nacimiento 09/08/1952.

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años 73

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

* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

13 Sexo Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3

14 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: SANATORIO REGIONAL

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: AV. 8 DE SEPTIEMBRE SIN

Localidad/Paraje SALTO ENCANTADO Departamento o Partido CAINGUAS

Provincia MISIONES

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: KN 945

Localidad/Paraje KN 945 Departamento o Partido CAINGUAS

Provincia (o país para extranjeros) MISIONES País

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

Continúa al dorso

Remito 4094712

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

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Día Mes Año
18 01 2026
TOMO FOLIO ACTA
1 2 2

DEPARTAMENTO Cauquenes REGISTRO CIVIL DE Salto Encantado NUMERO 3411

CERTIFICO que Don/ña SCHULZ DANIEL Varón Mujer

D.N.I. / L.C. / C.I. 10.183.896 Domiciliado/a en calle Kn. 945 N° S/N

Localidad SALTO ENCANTADO Provincia MISIONES de 73 Años de edad, Nacido el 9 de AGOSTO de 1952

en MISIONES Estado Civil (1) CASADO Nacionalidad ARGENTINA Profesión u ocupación JUBILADO

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 16 de ENERO de 20026 a las 23:59 horas en: SANATORIO

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Si 1 No 2 Lo atendió el médico Si 1 No 2

o lesión que le produjo la muerte? que suscribe No 2

Causa de la defunción a) PAEO CARDIORRESPIRATORIO b) Sanatorio Regional

Lugar donde ocurrió el hecho: SANATORIO REGIONAL - SALTO ENCANTADO Director Médico Dr. Feldmann Ricardo O

PROFESIONAL CERTIFICANTE Nombre y Apellido RICARDO O. FELDMANN Matricula Profesional N° 10.3859

Domicilio Profesional: Calle AV. 8 DE SEPTIEMBRE N° Dto. Piso

Localidad SALTO ENCANTADO Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: SALTO ENCANTADO Dr. Ricardo O. Feldmann

Fecha: 17 de ENERO de 20026 M.P. N° 3859

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

tipo y Nro Documento: DNI 28.355.430 Nacionalidad: ARGENTINA

Apellido: FELDMANN Nombres: DARIO FERNANDO

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]
Firma autorizada
Ely Della Marella
Registro de las Personas



MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

2026- "Año de la concientización y abordaje de las enfermedades poco frecuentes, de la prevención de consumos problemáticos y adicciones, del uso responsable de la tecnología, de la innovación en la chacra y de las democracias inteligentes"

28 de enero del 2026, Posadas Misiones

EXPTE N° 136-A-2026 Reg.
DGRPP caratulados: "S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION SCHULZ DANIEL"

**SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL
REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS:**

Cotejadas y analizadas la documentales acompañadas, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende que, salvo mejor criterio, corresponde hacer lugar a la rectificación de datos solicitada a fs.1; dando el visto bueno, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Así opino.-

ASESORÍA LETRADA DEL R.P.P.



Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
ASESORA LEGAL
Dep. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 29 de Enero de 2026.

DISPOSICIÓN N° 227/26

VISTOS:

CARATULA	EXPTE N° 136-A-2026 Reg. DGRPP caratulados: “S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION SCHULZ DANIEL”
----------	---

CONSIDERANDO:

SOLICITANTE	FREY DELIA MARIEL
DNI	36093694
En carácter de:	FIRMA AUTORIZADA

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	2	1	2	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	VILLA SALTO ENCANTADO

QUE, corresponde encuadrar el presente trámite dentro del marco normativo establecido por el Artículo 85 de la Ley N° 26413, Ley I – N° 89 (Antes Ley 2970) y normativas concordantes, conforme lo dictaminado oportunamente por el Departamento Jurídico y Legalizaciones, en los presentes autos trámite;

POR ELLO:

LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
DISPONE:

ARTICULO 1°: RECTIFÍQUESE, mediante nota marginal, en el cuerpo del acta que a continuación se describe:

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	2	1	2	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	VILLA SALTO ENCANTADO

el siguiente dato: fecha de nacimiento del causante, DEBIENDO DECIR Y LEERSE: **9 de agosto de 1952.-**

ARTICULO 2°: COMUNÍQUESE oportunamente, por Departamento Despacho del D.G.R.P.P a la Delegación que correspondiere, a los fines del efectivo cumplimiento de la presente disposición.-

ARTICULO 3°: REGÍSTRESE, Comuníquese, cumplido, **ARCHÍVESE** por Departamento Despacho de la Dirección General del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA
Paula Brigida

Firmado digitalmente por
ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2026.01.29
10:31:47 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

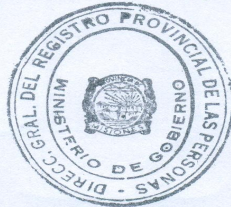
Tomo	Acta	Año
1	2	2026

DEFUNCIÓN

En Cainguas - VILLA SALTO ENCANTADO
República Argentina, a Diecinueve de Enero
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de SCHULZ DANIEL
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión _____ Doc. Ident DNI: 10183896
Domicilio KM 945
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 16 de Enero de 2026
Ocurrida en: SANATORIO REGIONAL SALTO ENCANTADO
El 16 de Enero de 2026, a las 23:54 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO
Certificado Médico: MEDICO RICARDO OSCAR FELDMANN
Era cónyuge de: _____
Declarante: DARIO FERNANDO FELDMANN Doc. Ident: 28355430
Domicilio: AV.MISIONES 143
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNERARIA LEIDA EL ACTA LA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE

Rectificación

Disposición N° 227/26 de fecha 29-01-2026. Expte N° 136-A-2026. ART. 1° RECTIFIQUESE mediante nota marginal, en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 2- Tomo 1- Folio 2- Año 2026- Copia Archivo/Delegación- Delegación Villa Salto Encantado, el siguiente dato: fecha de nacimiento del causante, DEBIENDO DECIR Y LEERSE: 9 de agosto de 1952- ART. 2° Y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverria, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 04-02-2026.



VIVIANA E. R. CASTILLO
Jefa Dpto. Despacho
Registro Provincial de las Personas