

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	MARIELA ALEJANDRA OLEÑUK		
DNI / C.I	24421703	Nacionalidad	aARGENTINA
Domicilio	San vicente	Tel.Cel	-----
En carácter de:	TITULAR DE LA OFICINA		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
DEFUNCIÓN	03	01	03	2026	HOSPITAL SAN VICENTE	DELEGACION

Dato/s Incorrecto/s	NUMERACION DE LA CALLE	Mocona 1825 incorrecta.
Dato/s Correcto/s	Mocona 1625 san vicente	

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	Fotocopia defunción	2	Fot.dni fallecido
3	Fotocopia estadístico medico	4	Fot copia dni delegado

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

atte.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy

Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario

Oleñuk Mariela Alejandra
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	3	2026

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAMIC SAN VICENTE
 República Argentina, a Ocho de Enero
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de SCHWEIKOFSKI FELIX
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 7483436
 Domicilio MOCONA 1825 B° 51 VIVIENDAS SAN VICENTE
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 22 de Octubre de 1934
 Ocurrida en: MOCONA 1825 DOMICILIO SAN VICENTE
 El 06 de Enero de 2026, a las 20:00 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIONO TRAUMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
 Certificado Médico: MEDICO JOST RAUL ANDRES PEÑALVA
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Marcelo Lauro Duarte Dos Santos Doc. Ident: 34013909
 Domicilio: DOS DE MAYO
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO SERVICIO FUNERARIO LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE



nacido el 22/10/1934

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

D. RAUL ANDRES PENALVA JOST
MEDICO - M. S. M. 03878
Jefe de Servicio de
TERAPIA INTENSIVA
Hospital Nivel III -

Formulario de Entrega Gratuita

DEPARTAMENTO _____ REGISTRO CIVIL DE _____ Hospital Nivel _____ NÚMERO _____ TOMO _____ FOLIO _____ ACTA _____

CERTIFICADO que Don/ña Schwirkofski Felix Varón Mujer

D.N.I./L.C./C.I. M 7483436 Domiciliado/a en calle Moconá N° 1825

Localidad SAN VICENTE Provincia MISIONES de 91 Años de edad. Nacido el 22 de Octubre de 1934

en MISIONES Estado Civil (1) _____ Nacionalidad Argentino Profesión u ocupación jubilado

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 06 de enero de 2026 a las 20:00 horas en: SAN VICENTES

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si No Le atendió el médico. Si No

o lesión que le produjo la muerte? que suscribe _____

Causa de la defunción a) bronco neumonía, en la cual no tuvo que intervenir en el respiratorio.

Lugar donde ocurrió el hecho: Domicilio

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Raúl Avarón Matricula Profesional N° 10333

Domicilio Profesional: Calle Tupac Amaru N° 1300 Dto. _____ Piso _____

Localidad SAN VICENTE - MISIONES Teléfonos _____

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: SAN VICENTE MISIONES
Fecha: 06 de enero de 2026

Para el Registro Civil - Valor Legal

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

D. RAUL ANDRES PENALVA JOST
MEDICO - M. S. M. 03878
Jefe de Servicio de
TERAPIA INTENSIVA
Hospital Nivel III -

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
2 Departamento o Partido		3 Delegación o Registro Civil		Número
4 TCMO		5 FOLIO		6 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) PARO CARDIO RESPIRATORIO NOTRAUMÁTICO
 b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
 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.

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (única) nte)
 a) Indicar si fue por: * Accidente 1 * Suicidio 2 * Homicidio 3 * Se ignora 9
 b) Como 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 16 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 Schweikofski Nombre/s Felix D.N.I. N° 17483436

10 Fecha de la defunción
 Día Mes Año 06 | 10 | 20 | 20 | 20 | 20

11 Fecha de nacimiento 22/10/1934

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)
 * Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años
 * 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:
 No Usar

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: MOCONA 1625 8° SI VIV.
 Localidad/Paraje SAN VICENTE Departamento o Partido GUARAÑI
 Provincia MISIONES

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: MOCONA (122) 1825 8° SI VIV.
 Localidad/Paraje SAN VICENTE Departamento o Partido GUARAÑI
 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

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		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input checked="" type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
				-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>				

19 Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2 <input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3 <input checked="" type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	

20 Cuál era su ocupación habitual?

Jubilado

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		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
				-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <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		S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>		-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
				-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <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	

26 Cuál es su ocupación habitual?

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: Peñalba José Raúl Matricula Profesional N°: 1153015 Firma: [Firma]

Profesional: Calle 12/125 No. 1800

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
SCHWEIKOFFSKI

Nombre / Name
FELIX

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
22 OCT / OCT 1934

Fecha de emisión / Date of issue
07 OCT 2012

Fecha de vencimiento / Date of expiry
07 OCT / OCT 2027

FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE

Documento / Document
M7.483.436

Formato N° / Cf. Ident.
00145699740
8508



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

Apellido / Surname
OLENUK

Nombre / Name
MARIELA ALEJANDRA

Sexo / Sex F Nacionalidad / Nationality ARGENTINA Ejemplar B

Fecha de nacimiento / Date of birth
07 ABR / APR 1975

Fecha de emisión / Date of issue
03 ENE / JAN 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
03 ENE / JAN 2029

Documento / Document 24.421.703

Trámite N° / Of. Ident. 00236918658 8809

DOMANTE NO

10242703

HIRMA IDENTIFICADOR SIGNATURE





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"

02 de febrero del 2026, Posadas Misiones

**EXPTE N° 152-A-2026 Reg.
DGRPP caratulados: "
S/RECTIFICACION ACTA DE
DEFUNCION SCHWEIKOFSKI
FELIX"**

**SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL
REGISTRÓ 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, 03 de Febrero de 2026.

DISPOSICIÓN N° 250/26

VISTOS:

CARATULA	EXPTE N° 152-A-2026 Reg. DGRPP caratulados: “S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION SCHWEIKOFSKI FELIX”
-----------------	---

CONSIDERANDO:

SOLICITANTE	OLEÑUK MARIELA ALEJANDRA
DNI	24.421.703
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	COPIA	DELEGACIÓN
Defunción	3	1	3	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	SAMIC SAN VICENTE

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	3	1	3	2026	ARCHIVO/ DELEGACIÓN	SAMIC SAN VICENTE

los siguientes datos: domicilio del causante y lugar donde ocurrió la defunción, DEBIENDO DECIR: **Mocona 1625- B° 51 Viviendas – San Vicente.-**

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 lo dispuesto en la presente.-

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: 2026.02.03
12:10:08 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

3

Tomo	Acta	Año
1	3	2026

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAMIC SAN VICENTE
República Argentina, a Ocho de Enero
de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de SCHWEIKOFSKI FELIX
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 7483436
Domicilio MOCONA 1825 B° 51 VIVIENDAS SAN VICENTE
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 22 de Octubre de 1934
Ocurrida en: MOCONA 1825 DOMICILIO SAN VICENTE
El 06 de Enero de 2026, a las 20:00 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO TRAUAMATICO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
Certificado Médico: MEDICO JOST RAUL ANDRES PEÑALVA
Era cónyuge de: _____
Declarante: Marcelo Lauro Duarte Dos Santos Doc. Ident: 34013909
Domicilio: DOS DE MAYO
Obra en Virtud de SER EMPLEADO SERVICIO FUNERARIO LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE

14

Rectificación

Disposición N° 250/26 de fecha 03-02-2026. Expte N° 152-A-2026. ART. 1° RECTIFÍQUESE mediante nota marginal, en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 3- Tomo 1- Folio 3- Año 2026- Copia Archivo/Delegación- Delegación Samic San Vicente, los siguientes datos: domicilio del causante y lugar donde ocurrió la defunción, DEBIENDO DECIR: Mocona 1625- B° 51 Viviendas- San Vicente.- ART. 2° Y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 04-02-2026.



MILIANA C. R. CASTILLO
Jefa Dpto. Despacho
Registro Provincial de las Personas

96c6e17080a125c0b93071c41eb178a6