

08/04/2026

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

**SOLICITANTE**

<b>Nombre y Apellido</b>	VIER CLETO DANIEL		
<b>DNI / C.I</b>	24401942	<b>Nacionalidad</b>	ARGENTINA
<b>Domicilio</b>	PUERTO RICO	<b>Tel.Cel</b>	3743457286
<b>En carácter de:</b>	FUNCIONARIA/O DEL RPP		

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	77	1	77	2026	PTO RICO	DELEGACION
<b>Dato/s Incorrecto/s</b>	Nacionalidad Inscripto/o		del/la	BRASIL		
<b>Dato/s Correcto/s</b>	ARGENTINA					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
					PTO RICO	ARCHIVO/DELEGACION
<b>Dato/s Incorrecto/s</b>	ELEGIR OPCION		Haga clic aquí para escribir texto.			
<b>Dato/s Correcto/s</b>	Haga clic aquí para escribir texto.					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
<b>Dato/s Incorrecto/s</b>	ELEGIR OPCION		Haga clic aquí para escribir texto.			
<b>Dato/s Correcto/s</b>	Haga clic aquí para escribir texto.					

**ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:**

<b>1</b>	ACTA DE DEFUNCION	<b>2</b>	DNI DEL MENOR
<b>3</b>	COPIA ACTA DE NACIMIENTO	<b>4</b>	Haga clic aquí para escribir texto.

**OBSERVACIONES:**

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma de Solicitante



VIER, CLETO DANIEL  
 DELEGADO TITULAR  
 Registro Provincial de las Personas  
 Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	77	2026

DEFUNCIÓN

En Libertador General San Martín - PTO. RICO  
 República Argentina, a Uno de Abril  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de GONZALEZ CASTILLO TOMAS EDWIN  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: BRASIL  
 estado N/D  
 profesión SIN DATOS Doc. Ident DNI: 55488055  
 Domicilio EXALTACION DE LA CRUZ - GOBERNADOR ROCA - SAN IGNACIO - MISIONES  
 Hijo de: Ezequiel Adrian GONZALEZ  
 y de: OPELIA ITATI CASTILLO  
 Nacido en MISIONES - ARGENTINA el 18 de Marzo de 2016  
 Ocurrida en: RUTA PROV. N° 6 KM 9 GDOR. ROCA - MISIONES  
 El 12 de Febrero de 2026 a las 18:00 horas  
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO TRAUMATICO - POLITRAUMARTISMO  
 Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: GUILLERMO LUIS VILLALBA Doc. Ident: 41418758  
 Domicilio: FUNERARIA LA PAZ - AV. SAN MARTIN 1455 - PUERTO RICO  
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. ART. 70 DE LA LEY 26413 OFICIO JUDICIAL N° AED-ID 3216391 DE FECHA 20 DE FEBRERO DE 2026. EXPTE. N° 25247/2026. VENIDO DEL JUZGADO DE INSTRUCCION N° 2 SECRETARIA N° 2 DE LA IV CIRCUNSCRIPCION JUDICIAL JARDIN AMERICA MISIONES. FIRMADO POR EL DR. MIGUEL ANGEL BAREIRO SECRETARIO.- LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.



SEEWALD VIVIANA MARIELA  
Firma Autorizada  
Registro Provincial de las Personas

e4c5abcde33b3b9f3b07b58ad6d82781



Tomo	Acta	Año
8	781	2016

NACIMIENTO

En **Capital - Maternidad Hospital Madariaga**  
 República Argentina, a **Veinte** de **Marzo**  
 de **2016** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**  
 de **Tomás Edwin** D.N.I. N° **55.488.055**  
 Sexo **MASCULINO** nacido el **18** de **Marzo** de **2016**  
 a las **15:40** horas, en **Av. Lopez Torres N° 1177 - Posadas**

**Hijo de Ezequiel Adrian GONZALEZ**  
 Doc. Ident. **DNI: 42.086.150** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
 y de **Ofelia Itati CASTILLO**  
 Doc. Ident. **DNI: 40.952.409** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
 Apellido **GONZALEZ CASTILLO**

Según certificado de **OBSTETRA NANCY ELIZABETH MAIDANA**  
 Declarante **Ezequiel Adrian GONZALEZ** Doc. Ident. **DNI: 42.086.150**  
 Domicilio **Pje. Exaltación De La Sta Cruz - Roca Chica - Gobernador Roca**  
 Obra en virtud de **ser el PADRE**

Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994



*Ofelia Itati Castillo*



*Carmen Julia Samaniego*  
**SAMANIEGO CARMEN JULIA**  
 Firma autorizada  
 Registro Provincial de las Personas

01cdfc283f877893584c10b6f461f0e2

REPUBLICA ARGENTINA MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname  
GONZALEZ CASTILLO

Nombre / Name  
TOMAS EDWIN

Sexo / Sex    Nacionalidad / Nationality    Ejemplar  
M            ARGENTINA                            B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
18 MAR / MAR 2016

Fecha de emisión / Date of issue  
07 JUL / JUL 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
18 MAR / MAR 2031

Documento / Document  
**55.488.055**

Título N° / Of. Ident.  
00591116702  
8219

FIRMA DEL CERTIFICADO / SIGNATURE  
TOMAS



CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de inscripción: Día 01 Mes 04 Año 2026  
TOMO 7 FOLIO 77 ACTA 77

PRESTAMIENTO: L.G.S. MARTIN REGISTRO CIVIL DE P.D. R510-1514 NUMERO

CERTIFICADO que Don/ña González Castillo, Tomas Edwin Varón  Mujer   
D.N.I. SS 478055 Domiciliado en calle Evaducar Jr. 12 Cmc N°  
Misión Prov. Misiones de 9 Años de edad, Nacido el 18 de marzo de 2016  
Estado Civil (1) soltero Nacionalidad brasileña Profesión u ocupación  
Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 12 de febr de 2026 a las 18:00 horas en: 212 W6  
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si  No  Lo atendió el médico que suscribe Si  No   
¿La lesión que le produjo la muerte? a) Para certificar la muerte b) Pal heri  
Causa de la defunción a) b)  
Lugar donde ocurrió el hecho  
PROFESIONAL CERTIFICANTE: Dr. Rogar J. P. Matrícula Profesional N° 02933  
Nombre y Apellido Dr. Rogar J. P. N° Dto. Piso  
Especialidad Teléfono  
Lugar y fecha de CERTIFICACION: 212 W6 de febr de 2026  
Firma de Rogar J. P. de febr de 2026

Rogar J. P. DEL MEDICO  
Comisario  
Policia de Misiones

(\*) Llevar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA

**SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES**

Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico

**Informe Estadístico de DEFUNCIÓN**

(Debe cumplirse por el Decreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)



**DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL**

1. Fecha de inscripción: Día 01, Mes 04, Año 2016  
 2. Departamento o Delegación: **Dpto. Arequipa**  
 3. Defogación o Registro Civil: **1514**  
 4. TOMO: **I**  
 FOLIO: **77**  
 ACTA: **22**  
 LIBRO: **12**

**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? Si 1  No 2  **2**  
 6. ¿Lo atendió el médico que suscribe? Si 1  No 2

7. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

a) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente: **Paso con la Troncha**

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) **Polio hemi**

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) **Accidente de la**

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: No Usar

8. EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)  
 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 médica, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.  
**De un Moto en la Ruta**

c) Lugar donde ocurrió el hecho: **Ruta 5, Pucallpa**

9. PARA TODAS LAS MUJERES DE 18 A 59 AÑOS CUMPLIDOS  
 \* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si 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

10. NOMBRE DEL FALLECIDO  
 Apellido: **González** Nombre: **Castillo** Nacionalidad: **Tomás** D.N.I. Nº: **35488055**

11. Fecha de la defunción: Día Mes Año **12 02 2016** Fecha de nacimiento: **19-03-2016**

12. Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)  
 \* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: **AP**  
 \* 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. 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: **Ruta Arequipa - 6 Km P**

14. Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: **Ruta Arequipa - 6 Km P**  
 Localidad/Paraje: **San Juan** Departamento o Partido: **San Juan**  
 Provincia: **Moquegua**

15. Vivienda habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: **Ex del Sur de la C**  
 Localidad/Paraje: **San Juan** Departamento o Partido: **San Juan**  
 Provincia (o país para extranjeros): **Moquegua** País: **Perú**

16. Pertenencia o está 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**

Continúa al dorso

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

## FÓRMO 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 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"/>		
Superior o universitario		06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	-- Polimodal		15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>		

19. ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia  1

• No trabajaba  Buscaba trabajo  2

No buscaba trabajo  3

20. ¿Cuál era su ocupación habitual?

No Usar

## FÓRMO 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

MADRE

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"/>		
Superior o universitario		06 <input type="checkbox"/>	07 <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

PADRE

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"/>		
Superior o universitario		06 <input type="checkbox"/>	07 <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

PADRE/MADRE

25. ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia  1

• No trabaja  Busca trabajo  2

No busca trabajo  3

26. ¿Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

## FÓRMO PARA 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. Ración 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: Raban M.G.G. Matrícula Profesional N°: 02833 Firma:

Otro: 2  Domicilio: Profesional: Calle N°:

Localidad:  Teléfono:

**Raban M.G.G.**  
Comisario  
Policía de Misiones

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES



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”*

**09 de abril del 2026, Posadas Misiones**

**EXPTE N° 905- A- 2026 Reg. DGRPP  
caratulados: “VIER CLETO DANIEL S/  
RECTIFICACION DE ACTA DE  
DEFUNCION DE GONZALEZ CASTILLO  
TOMAS EDWIN”**

**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 C.CYCN.-

Así opino.-

**ASESORÍA LETRADA DEL R.P.P.**



**Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ**  
— ASESORA LETRADA —  
Dpto. Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 10 de Abril de 2026.

**DISPOSICIÓN N° 650/26**

**VISTOS:**

<b>CARATULA</b>	<b>EXPTE N° 905- A- 2026 Reg. DGRPP caratulados: “VIER CLETO DANIEL S/ RECTIFICACION DE ACTA DE DEFUNCION DE GONZALEZ CASTILLO TOMAS EDWIN”</b>
-----------------	---

**CONSIDERANDO:**

<b>SOLICITANTE</b>	<b>VIER CLETO DANIEL</b>
<b>DNI</b>	<b>24.401.942</b>
<b>En carácter de:</b>	<b>DELEGADO</b>

**SOLICITA RECTIFICACION DE DATOS EN LA SIGUIENTE ACTA:**

<b>ACTA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>TOMO</b>	<b>AÑO</b>	<b>DELEGACIÓN</b>	<b>COPIA</b>
Defunción	77	1°	2026	PTO RICO	ARCHIVO/ DELEGACIÓN

**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°: RECTIFIQUESE**, mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe:

<b>ACTA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>TOMO</b>	<b>AÑO</b>	<b>DELEGACIÓN</b>	<b>COPIA</b>
Defunción	77	1°	2026	PTO RICO	ARCHIVO/ DELEGACIÓN

el siguiente dato: la nacionalidad del causante, siendo lo correcto: **Argentina**.-

**ARTICULO 2°: DE OFICIO RECTIFÍQUESE**, en el mismo Acta descripta en el Art. 1°, el nombre del causante, DEBIENDO DECIR: **Tomás Edwin** (con tilde).-

**ARTICULO 3°: 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.-



MINISTERIO DE GOBIERNO  
REGISTRO PROVINCIAL  
DE LAS PERSONAS

*2026-“Año de la concientización y abordaje de las enfermedades poco frecuentes, de la prevención del consumo problemático y adicciones del uso responsable de la tecnología, de la innovación en la chacra y de las democracias inteligentes democracias inteligentes.”*

**ARTICULO 4°:** REGÍSTRESE, Comuníquese, cumplido, **ARCHÍVESE** por  
Departamento Despacho de la Dirección General del R.P.P.-

ECHEVERRIA  
Paula Brigida

Firmado digitalmente  
por ECHEVERRIA Paula  
Brigida  
Fecha: 2026.04.13  
07:14:43 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

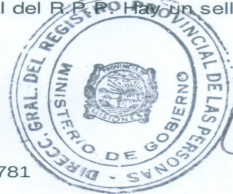
Tomo	Acta	Año
1	77	2026

DEFUNCIÓN

En Libertador General San Martín - PTO. RICO  
 República Argentina, a Uno de Abril  
 de 2026 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de GONZALEZ CASTILLO TOMAS EDWIN  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: BRASIL  
 estado N/D  
 profesión SIN DATOS Doc. Ident DNI: 55488055  
 Domicilio EXALTACION DE LA CRUZ - GOBERNADOR ROCA - SAN IGNACIO - MISIONES  
 Hijo de: Ezequiel Adrian GONZALEZ  
 y de: OFELIA ITATI CASTILLO  
 Nacido en MISIONES - ARGENTINA el 18 de Marzo de 2016  
 Ocurrida en: RUTA PROV. N° 6 KM 9 GDOR. ROCA - MISIONES  
 El 12 de Febrero de 2026, a las 18:00 horas  
 Causa de la Defunción: PARO CARDIORESPIRATORIO TRAUMATICO - POLITRAUMATISMO  
 Certificado Médico: MEDICO MARIA GABRIELA GUADALUPE RABAN  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: GUILLERMO LUIS VILLALBA Doc. Ident: 41418758  
 Domicilio: FUNERARIA LA PAZ - AV. SAN MARTIN 1455 - PUERTO RICO  
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE. ART. 70 DE LA LEY 26413 OFICIO JUDICIAL N° AED-ID 3216391 DE FECHA 20 DE FEBRERO DE 2026. EXPTE. N° 25247/2026. VENIDO DEL JUZGADO DE INSTRUCCION N° 2 SECRETARIA N° 2 DE LA IV CIRCUNSCRIPCION JUDICIAL JARDIN AMERICA MISIONES. FIRMADO POR EL DR. MIGUEL ANGEL BAREIRO SECRETARIO.- LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.-

### Rectificación

Disposición N° 650/26 de fecha 10-04-2026. Expte N° 905-A-2026. ART. 1° RECTIFIQUESE, mediante nota marginal en el cuerpo del acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 77- Tomo 1°- Año 2026, Delegación Pto Rico- Copia Archivo/ Delegación, el siguiente dato: la nacionalidad del causante, siendo lo correcto: Argentina.- ART. 2° DE OFICIO RECTIFIQUESE, en el mismo Acta descripta en el Art. 1°, el nombre del causante, DEBIENDO DECIR: Tomás Edwin (con tilde).- ART. 3° y 4° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P. con su sello. Posadas- Misiones. 13-04-2026.



VIVIANA C. R. CASTILLO  
 Jefe Dpto. Despacho  
 Registro Provincial de las Personas

e4c5abcde33b3b9f3b07b58ad6d82781