



152

REMITENTE

CAJA DE SEGUROS SA.
FITZ ROY 957
CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

1414

DESTINATARIO

RIQUELME NATALIA ESTER JUDITH
PJE VERA Y ARAGON 2455
SAN MIGUEL DE TUCUMAN
TUCUMAN

4000

170619J0692403

Buenos Aires, 19 de Junio de 2017

Referencias

Siniestro 54601292984
Fecha Evento 26/05/2017
Poliza 110015747005
Asegurado RIQUELME, NATALIA ESTER JUDITH

De nuestra consideración :

Nos dirigimos a usted en relación al siniestro indicado en la referencia denunciado ante esta Aseguradora el día 29-05-17, en el cual interviniera el vehículo Ford Fiesta, dominio AA780HJ, asegurado en esta Compañía por Ud, y conducido por UD., en la emergencia.- A fin de que esta Caja de Seguros SA pueda verificar la extensión de la cobertura asegurativa, los hechos constitutivos del siniestro, establecer sus características, y pueda expedirse respecto a sus derechos en los términos que prevé el art. 56 de la Ley de Seguros n° 17.418, le comunicamos formalmente que esta Aseguradora requiere, según lo establecido en el artículo 46, 2° y 3° párrafos de la ley citada que, dentro del plazo de 5 (cinco) días hábiles, vuestra presencia a fin de que nos sea suministrada la siguiente información complementaria en la sucursal de Caja de Seguros S.A, más próxima a su domicilio, a efectos de :

- 1) Ampliar la información suministrada en oportunidad de efectuar la denuncia de siniestro en relación a las circunstancias de tiempo, ocasión y forma de ocurrencia del hecho y del trayecto realizado por el vehículo asegurado.- Presente licencia de conducir vigente, al momento del siniestro, .-
 - 1) Suministre los datos completos de los testigos presenciales del hecho y de los cuales usted dispongan en la actualidad.-
 - 2) Nos informen informe si se le efectuó, exámen toxicológico , y/o dosaje de alcoholemia u otras sustancias luego del accidente y, en caso afirmativo, se nos suministre sus resultados con copias de los mismos. En caso de haberse negado indique las razones.- Asimismo indique también si ha ingerido bebidas alcohólicas, o alguna otra sustancia química y/o medicamentos antes del accidente, en su caso especifique cuales, cantidad, y hora de la ingesta.-
 - 3) Indique si el vehículo , lo utiliza habitualmente para uso particular u otros enseres.- Asimismo indique la cantidad de ocupantes que se encontraban en el vehículo y la relación de parentesco con los mismos, en caso de corresponder.- Asimismo, y en caso de poder acceder a las mismas, requerimos nos suministre copias de las actuaciones penales labradas a consecuencia del hecho siniestral, en especial las pericias accidentológicas, mecánica y de alcoholemia.-
 - 4) Manifieste si el vehículo , al momento del siniestro, era utilizado como remis, u otra actividad comercial, en su caso, indique cual.-
- Hasta tanto no sea suministrada a Caja de Seguros S.A. la totalidad de la información que esta Aseguradora requiere, le informamos que el plazo de aceptación de la cobertura asegurativa se encuentra suspendido conforme a lo establecido por los artículos 46 y 56 de la Ley de Seguros 17.418 ya que tal información complementaria resulta imprescindible a fin de continuar con el trámite del presente.

Saludamos a Ud. atentamente.

Copia Destinatario



[Handwritten signature]

SANCHEZ PABLO ENRIQUE

DNI 21653998

Firma del remitente

Aclaración

N° Documento



CARTA DOCUMENTO OCA

CAB43199998



REMITENTE

CAJA DE SEGUROS SA.
FITZ ROY 957CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

1414

DESTINATARIO

RIQUELME NATALIA ESTER JUDITH
PJE VERA Y ARAGON 2455SAN MIGUEL DE TUCUMAN
TUCUMAN

4000

PARA ABRIR SIGA LAS INSTRUCCIONES 1 Y 2

Buenos Aires, 10 de Julio de 2017

Referencias

Siniestro 54601292984

Fecha Evento 26/05/2017

Poliza 5110015747005

Asegurado RIQUELME, NATALIA ESTER JUDITH

uestra consideración :

Nos dirigimos a Uds. con referencia al siniestro denunciado ante esta aseguradora el día 29-05-17, y en reiteración de Cd de fecha 19-06-17 y a tal efecto se le hace saber que esta aseguradora no cuenta al día de la fecha con el resultado de la pericia de alcoholemia y accidentológica.-

Por tal motivo reiteramos que esta compañía se reserva el derecho de declinar cualquier tipo de cobertura y la correspondiente responsabilidad en el siniestro referido en caso de tomar conocimiento respecto de cualquier hecho nuevo que sea causal de exclusión de la cobertura asegurativa por Ud. Contratada en el evento siniestral a partir del agregado de las pericias antes mencionadas y descriptas a fin de continuar con el trámite del presente, a partir del cual se encontrará con la facultad material y jurídica de expedirse respecto a sus derecho conforme el art. 56 de la ley de seguros 17418.-

Por lo expuesto le informamos que esta compañía procede a reiterar la suspensión de plazos de aceptación del siniestro por los motivos expuestos precedentemente.-

Saludamos a Ud. atentamente.

Copia Destinatario



Firma del remitente

SANCHEZ PABLO ENRIQUE

Aclaración

DNI 21653998

N° Documento

BANCO
RIVAL
(4)
I



CAPITAL

CAJA

Nro de Cuentas

Importe de la cuenta

\$

Intereses

Saldo de la cuenta

Fecha

Capitalización

Código

Notas

Estado de la cuenta

Se cancela el saldo de la cuenta

el día

SECRET
Banco del Tucumán S.A.
4 SET 2012
125 - 2012/125

456
155

OBJETO: SOLICITO COPIAS CERTIFICADAS

A la Señora Fiscal de Instrucción 1º Nominación

CAUSA: GOMEZ, WALTER FABIAN Y OT. S/ PRIVACION ILEGITIMA DE LA LIBERTAD. EXPTE N° 1958/17

SARABIA, NATALIA LORENA, DNI

29.536.168,

Hija de RAMON A. SARABIA.

Argentina, soltera, de 35 años de edad, domicilio en tres almacenes ,
Famailla por Derecho propio al Sr. Fiscal respetuosamente digo:

Me dirijo a Ud.

Respetuosamente a fines de solicitarte copias legalizadas de
expediente completo a fines de ser presentada en el seguro de la caja
de ahorro y seguro por ser beneficiaria.

Proveer de conformidad.-

JUSTICIA.-

Natalia Sarabia
29536168

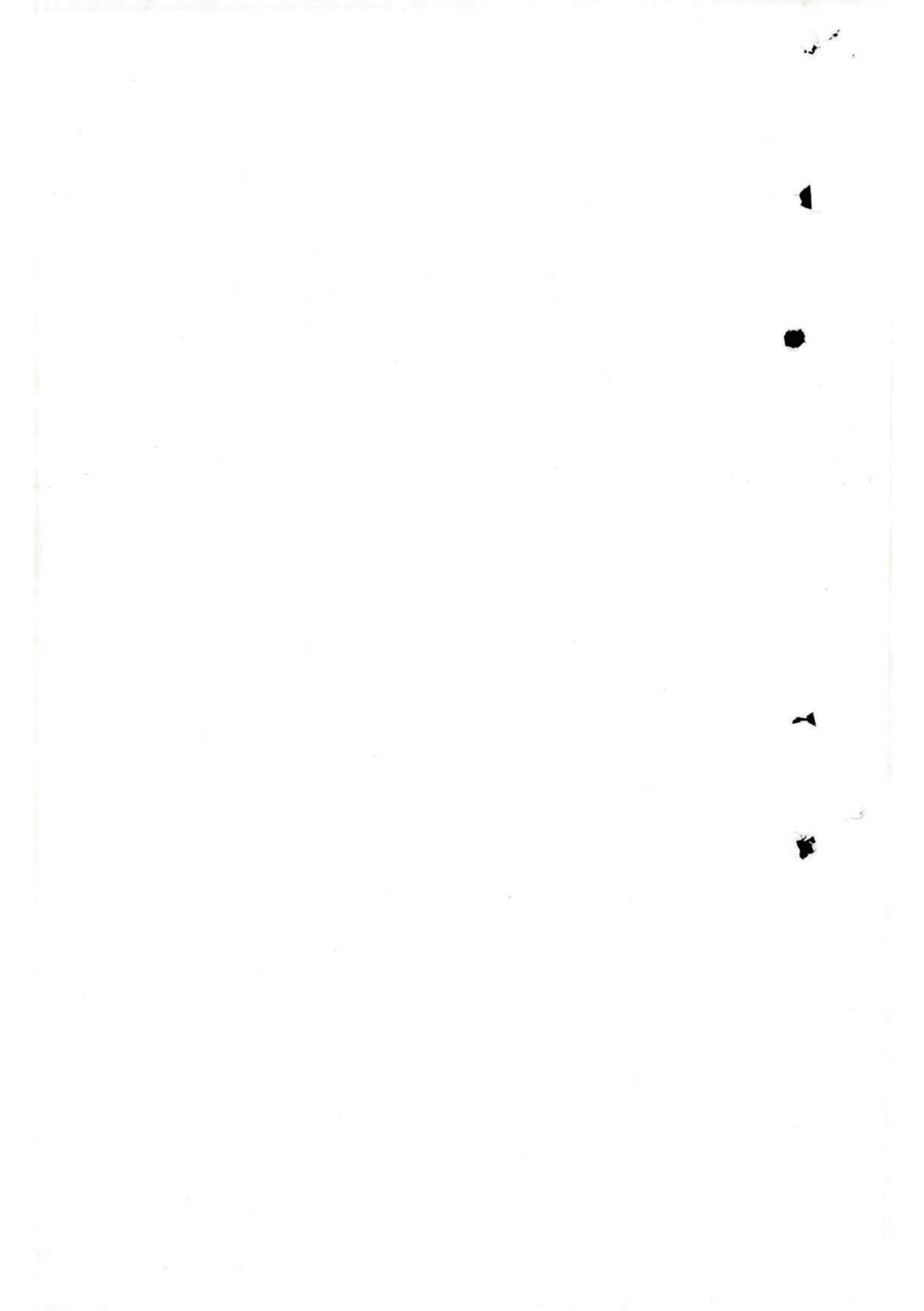


FISCALIA DE INST. I.C.J.M.

4/SEP/17 10:32 FSA

*Adjunto las defensas, Acta de
pactamento 5(02) como en per.*

[Signature]
Dr. JUAN PABLO GODOY MUHANA
SECRETARIO JUDICIAL (CAT. B)
FISCALIA DE INSTRUCCION 1ª Nom.
CENTRO JUDICIAL MONTEVIDEO



457
156

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

CERTIFICO que el día 20 de Julio

bajo el número 868 Tº II del libro de
nacimiento del año 1982

de la Oficina de l. Hosp. Dr. Raúl F. Laredo, San Miguel,
Coel. Serunian se encuentra labrada el acta de
NACIMIENTO de Natalia Lorenz SARABIA

ocurrido el
día 16 del mes de Mayo del año 1982
a la hora 16,40

Lugar de nacimiento: San Miguel
Sexo: femenino - D.N.I. 29.536.168
Hija de: Ramón Antonio SARABIA
y de: Juan Rosa ACOSTA

Doy fe que así resulta del acta expresada y sus notas marginales. A pedido de parte interesada,
YO, JORGELINA ALBIRON DE T...
ENCARGADA
DELEGACION SAN MIGUEL
REGISTRO DE LAS PERSONAS Pcia. de B.A.
expido el presente que sello y firmo en mi
carácter de Jefe de esta Delegación a 14/6/82



JORGELINA ALBIRON DE T...
ENCARGADA
DELEGACION SAN MIGUEL
REGISTRO DE LAS PERSONAS Pcia. de B.A.

ESTE DOCUMENTO NO PODRÁ RETENERSE POR AUTORIDAD JUDICIAL, ADMINISTRATIVA NI POR ENTIDADES
O PERSONAS PRIVADAS, DEBIENDO ENTREGARSE A LA OFICINA CONCERNIDA, O CERTIFICAR POR CUALQUIER
MEDIO LEGÍTIMO EL CONTENIDO DEL MISMO (ART. 24 DE LA LEY NACIONAL 22.946/81) (MODIFICADO
POR LA 18.271)

presente fotocopia es COPIA fiel de su original
mailla,de **22 AGO. 2017** de 20.....



EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE ENCUENTRAN
PLIMENTADOS TODOS LOS TRAMITES DE LEGALIZACION
EN LA PROVINCIA DE TUCUMAN. (LEY 4992)

LIBRE DE SELLADO UNICAMENTE
PARA LOS SIGUIENTES USOS:

- INST PREV. SOCIAL
- USO ESCOLAR
- PLANEO FAMILIAR
- LEY 17671
- SEG. OBLIGATORIO
- DIN DE FAMILIA
- USO MILITAR
- ART. 306 LEY 5121

REG. DEL ESTADO CIVIL Y CAP.
DE LAS PERSONAS - TUCUMAN

A large, stylized handwritten signature in black ink, written over the printed name and title of the official.

Dr. JUAN JOSE RAMON BENITEZ
JUEZ DE PAZ Y ENCARGADO
REGISTRO CIVIL Y CAPACIDAD
DE LAS PERSONAS - FAMILIA



458
157

Solicito mi incorporación al seguro ☐ N° **3729** Solicito la actualización de datos ☒
Solicitud N°: _____ Sucursal: _____

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social: **Superior Gobierno de la Provincia de Tucumán** CUIT: **30-67542808-1**

Domicilio: **Gral. San Martín N° 530 - CP 4000 - San Miguel de Tucumán - Provincia de Tucumán**

Seguro de Accidentes Personales - Solicitante Titular / Asegurado

Secc **11** Ramo **112** N° de Póliza **5110-9470429-01** Fecha de ingreso al empleo **/ /**

Vínculo con el tomador: **MUNIC DE FAMILIA** Tipo de Documento **D.N.I./L.E/L.C.: 14135117**

Sexo: ☐ F ☒ M Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☒ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Civil ☐ Legajo N°:

Apellido y Nombre _____ Fecha de nacimiento: **13/10/1960**

CUIT/CUIT: _____ Domicilio: **B2 CONSTITUCION SIN** N°: **402** Piso: _____ Dpto. _____

C.P. **4132** Localidad: **FAMILIA** Prov.: **TUCUMAN** Cód Área: _____ Tel Part.: _____

Tel Celular: **381-6447926** E-mail: _____

¿Es zurdo? Si ☐ No ☒ Nacionalidad: Argentina ☒ Extranjera ☐

Dejo autorizado al tomador para que desde el momento en que el Asegurado acepte la Solicitud y en lo sucesivo, proceda a deducir de mi retribución mensual el importe respectivo a fin de cubrir los premios del seguro que solicito conforme las condiciones acordadas entre el Tomador y el Asegurado, que declaro conocer y aceptar, y cuyas principales disposiciones se consignan en el certificado de Incorporación Individual.

Beneficiarios del Solicitante Titular / Asegurado

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Doc.	%Benef	Nacimiento
SARABIA ROSALIA LORENA	Hija	29.536.168		16/5/1982
SARABIA ROSA DEL CARMEN	Hija	37.527.038		12/6/1992
SARABIA RAMON NICOLAS	Hijo	35.217.430		02/6/1999

Cónyuge / Conviviente del Solicitante Titular / Asegurado

Solicito mi incorporación al seguro ☐ Solicito la actualización de datos ☐

Apellido y Nombre _____

Tipo de Documento **D.N.I./L.E/L.C.:** _____ N°: _____ CUIT/CUIT: _____

Fecha de nacimiento: **/ /** Sexo: ☐ F ☐ M

¿Es zurdo? Si ☐ No ☐ Nacionalidad: Argentina ☐ Extranjera ☐

Cuando el Cónyuge revista carácter de asegurable por estar vinculado con el Contratante, solo podrá adherir al seguro en calidad de Asegurado Titular. A los efectos de cualquier comunicación al cónyuge / conviviente, el domicilio será el declarado por el Solicitante / Asegurado Titular. En caso de incorporarse como asegurado al cónyuge / conviviente, el beneficiario del seguro será el titular en tanto y en cuanto no designe otro.

Coberturas Solicitadas

Coberturas Titular	Suma a Asegurar	Coberturas Cónyuge/Conviviente	Suma a Asegurar
Muerte accidental las 24 hs	\$ 230.000.-	Muerte accidental las 24 hs	\$ 230.000.-
Renta diaria por internación por accidente con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días.	\$ 600.-	Renta diaria por internación por accidente con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días.	\$ 600.-
Adicional renta diaria terapia intensiva con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días.	\$ 600.-	Adicional renta diaria terapia intensiva con un máximo de 90 días y un plazo de espera de 3 días.	\$ 600.-

Endoso de Incremento Automático Anual de Capitales Asegurados:

Tipo de ajuste: _____

(1) ¿Poseo cobertura médica, como ser Obra Social o Medicina Prepaga? Titular Si ☐ No ☐ Cónyuge Si ☐ No ☐

"En la cobertura de "Gastos de asistencia médico-farmacéutica" el Asegurado cubrirá, hasta la suma prevista para dicha cobertura en las Condiciones Particulares, el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido el Asegurado a consecuencia de todo accidente cubierto por la póliza, en la medida en que aquellos estuvieran prescritos por un médico y en el monto que exceda el valor efectivamente soportado por su Obra Social o Medicina Prepaga."

Recibo en este acto folleto informativo del seguro, sin perjuicio de la facultad de la Aseguradora de rechazar esta solicitud de seguro.

"De conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Actividad Aseguradora (punto 25.2.2), presto conformidad para que la entrega de toda documentación vinculada con el presente seguro y sus renovaciones (pólizas, propuestas de renovación, endosos, certificados de cobertura, constancias de coberturas e informes sobre el estado de la póliza y/o certificados), sea efectuada por medio electrónico a la dirección de correo electrónico por mí registrada, u otra que la reemplace, previa comunicación a esa aseguradora. Si ☐ NO ☐

La información proporcionada en esta solicitud implica la prestación del consentimiento expreso dispuesto por la Ley 25.326. Conozco y acepto que como titular de los datos podré ejercer los derechos de acceso, rectificación y suspensión de los mismos y acepto que la información que otorgo podrá ser utilizada para acciones de marketing directo. La información será archivada en Caja de Seguros S.A. sita en Fitz Roy 957 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires."

El asegurado podrá solicitar la información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de las entidades aseguradoras, dirigiéndose por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires o al teléfono 4338-4000 en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultar vía internet a la siguiente dirección: <http://www.ssn.gov.ar>.

La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

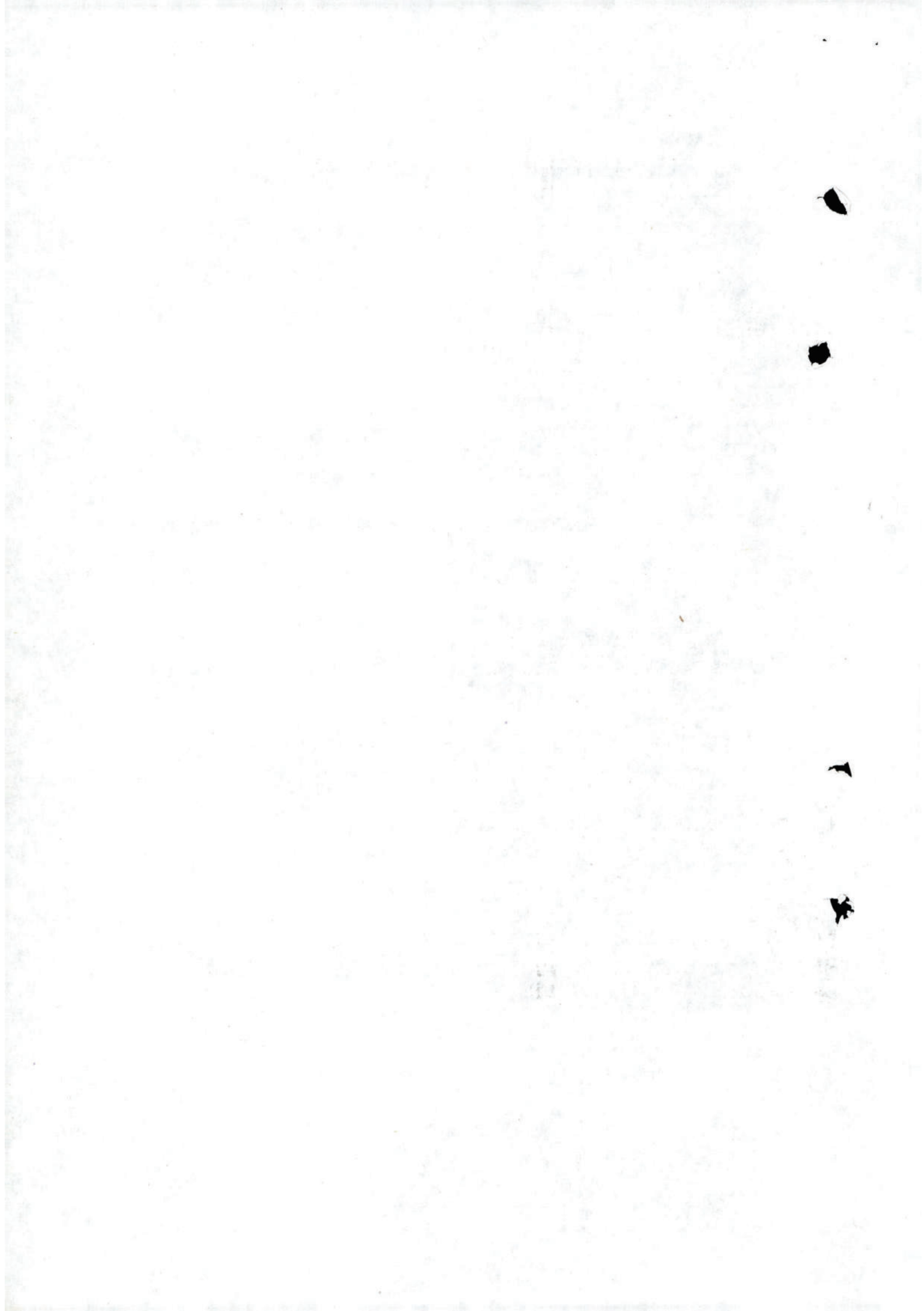
El solicitante conoce y acepta que la solicitud de seguro de Accidentes Personales se encuentra en período de evaluación hasta que se aprueben todos los requisitos de selección. Hasta entonces sus términos no obligan al Asegurado, según lo establece el art. 4 de la Ley de Seguros 17.418. "Asimismo esta solicitud comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al primer mes de descuento siempre que el solicitante se encuentre al servicio activo del Tomador, la póliza haya entrado en vigencia de acuerdo a las condiciones para su emisión y el Tomador efectúe oportunamente el respectivo pago de primas."

Lugar y Fecha **22 DIC 2016** Firma del Cónyuge / Conviviente
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) del cónyuge / conviviente o del asegurado titular en su representación.

S. M. T. CAJA DE SEGUROS S.A. Lugar y Fecha _____ Firma del Solicitante / Asegurado
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) del solicitante/asegurado titular, como asimismo que dicho firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha _____ Firma del Tomador

Lugar y Fecha _____ Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.



159
158

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

PULGAR

IDARG29536168<2<<<<<<<<<<<<<<<
8205166F3003035ARG<<<<<<<<<<48
SARABIA<<NATALIA<LORENA<<<<<<

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

Apellido / Surname
SARABIA

Nombre / Name
NATALIA LORENA

Sexo / Sex **F** Nacionalidad / Nationality **ARGENTINA** Ejemplar **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
16 MAY / MAY 1982

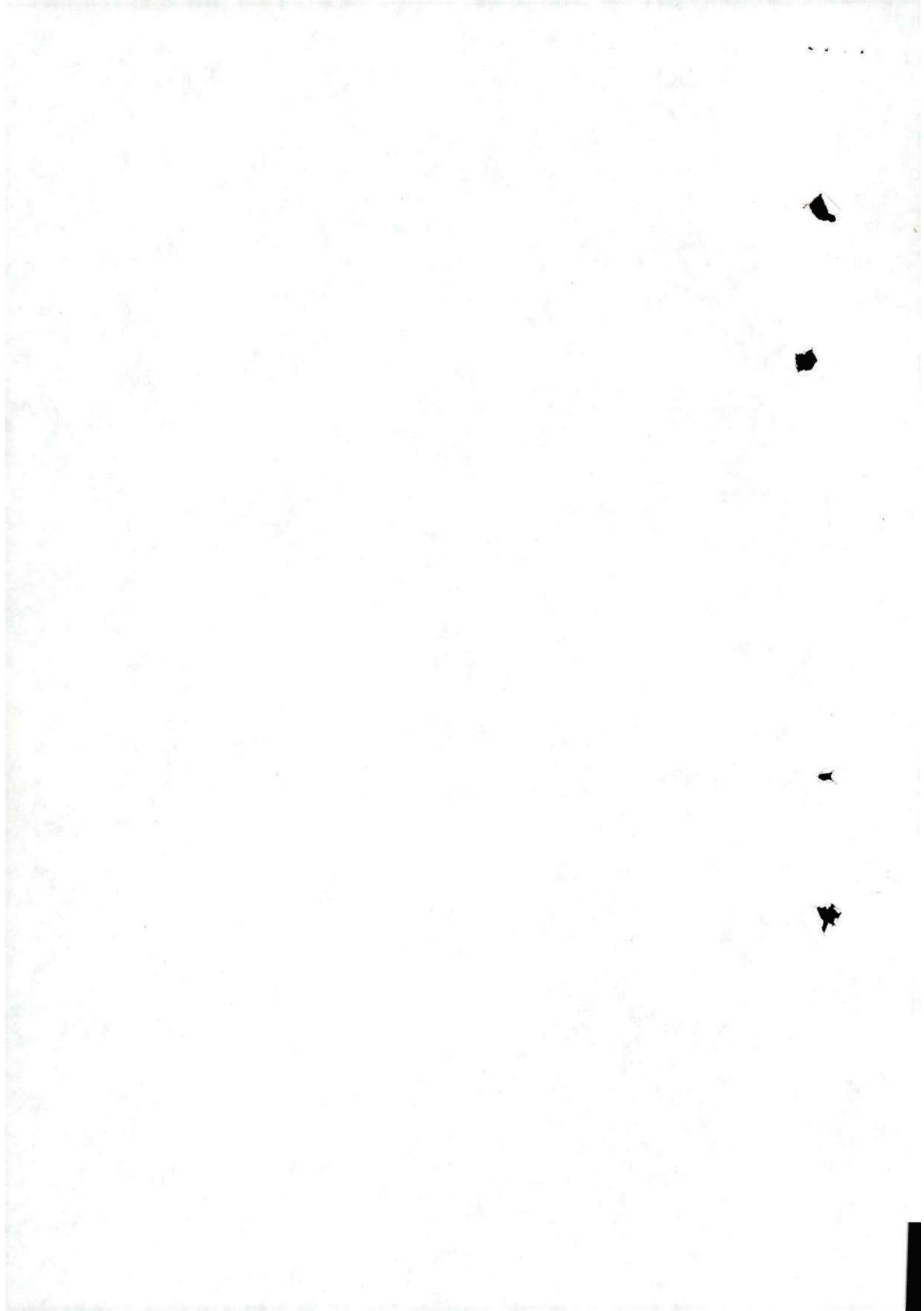
Fecha de emisión / Date of issue
03 MAR / MAR 2015

Fecha de vencimiento / Date of expiry
03 MAR / MAR 2030

Documento / Document
29.536.168

Trámite N° / Of. Ident.
**00318291787
8125**

FIRMA (FIRMADO) SIGNATURE



Ho
159

OBJETO: SOLICITO COPIAS CERTIFICADAS

A la Señora Fiscal de Instrucción 1° Nominación

CAUSA: GOMEZ, WALTER FABIAN Y OT. S/ PRIVACION ILEGITIMA DE LA LIBERTAD. EXPTE N° 1958/17

SARABIA, NICOLAS, DNI

35.207.430,

Hijo de RAMON A. SARABIA.

Argentina, soltero, de 27 años de edad, domicilio en B° Constitución, Famailla por Derecho propio al Sr. Fiscal respetuosamente digo:

Me dirijo a Ud.

Respetuosamente a fines de solicitarte copias legalizadas de expediente completo a fines de ser presentada en el seguro la equitativa por ser beneficiaria.

Proveer de conformidad.-

JUSTICIA.-

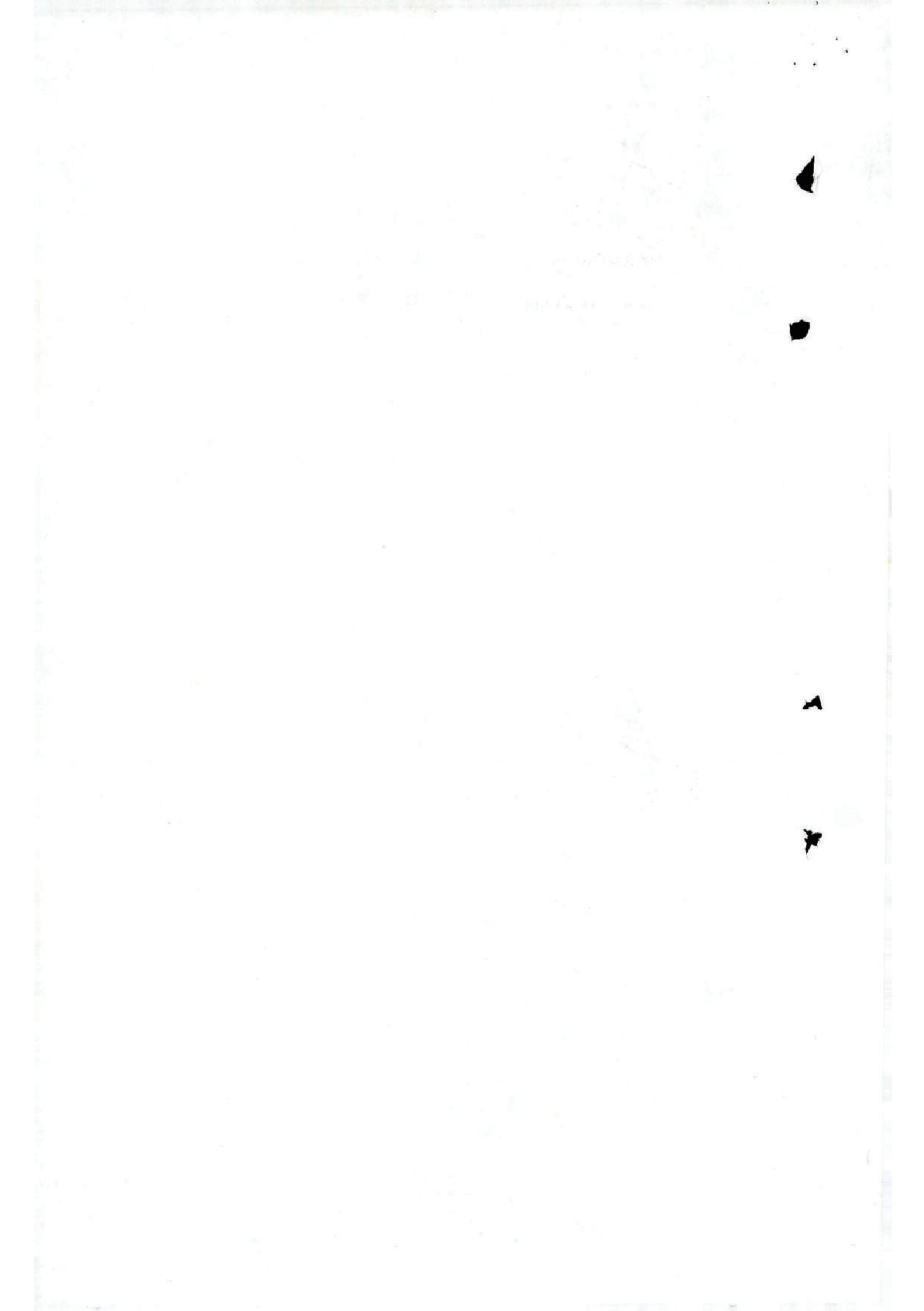
Sarabia Nicolas

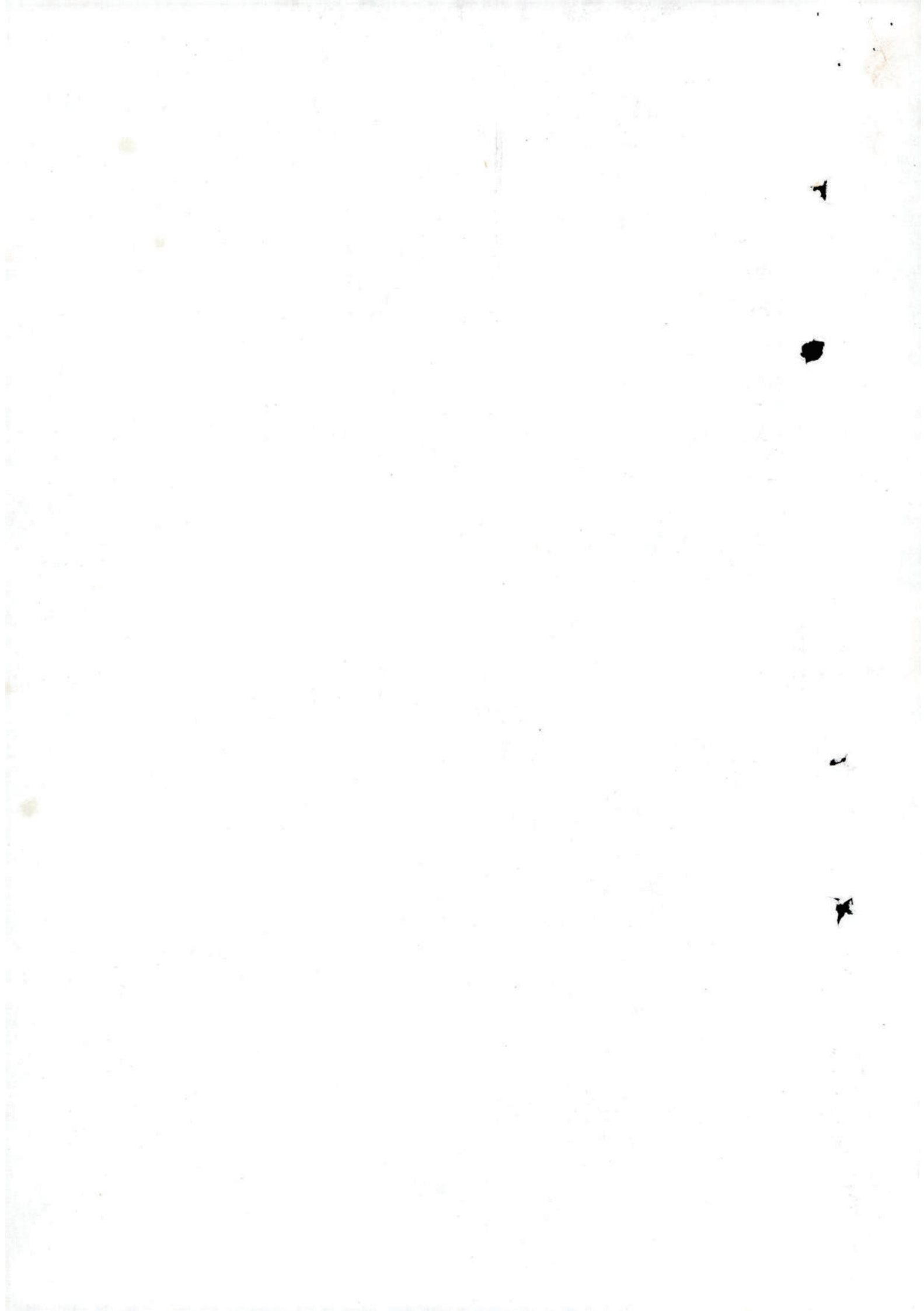
35.207.430

FISCALIA DE INST. I C JM

4/SEP/17 10:34 FS.1


[Signature]
Dr. JUAN PABLO GODOY MUJANA
SECRETARIO JUDICIAL (CAT B)
FISCALIA DE INSTRUCCION 1° Nominación
CENTRO JUDICIAL MONTENEGRO







La Equitativa del Plata S.A. de Seguros
Fundada en 1897

ASEGURADO: SARABIA RAMON ANTONIO

Nº ASEGURADO: 279389

Bº CONSTITUCION CASA Nº5
(4132) - FAMAILLA - TUCUMAN

DNI: 14135117

Ocupacion: MUNICIPALIDAD DE FAMAILLA/TUC.

SEGURO DE VIDA TEMPORARIO A 5 AÑOS

POLIZA Nº	VIGENCIA DIA 1ro.		VENCIMIENTO DIA 1ro.		DURAC. AÑOS	EDAD	CAPITAL ASEGURADO PESOS	PRIMA MENSUAL PESOS	
1.467.749	03	2016	03	2021	05	56	50.000	156,00	156,00
	Mes	Año	Mes	Año				1ra. CUOTA	SUBSIGUIENTES

BENEFICIARIO: SARABIA GLADYS NORMA
SARABIA NICOLAS

EN CONSIDERACIÓN a las declaraciones suscriptas por el Asegurado y al pago de los importes arriba establecidos, "La Equitativa del Plata Sociedad Anónima de Seguros", con domicilio en la calle Carlos Pellegrini 1069, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante el "Asegurador"), de acuerdo con las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales de esta Póliza, SE OBLIGA A PAGAR al Beneficiario debidamente designado, el capital estipulado, en su Oficina Central precedentemente indicada, inmediatamente después de recibidas las pruebas del fallecimiento del Asegurado siempre que se produzca antes del vencimiento del seguro, fecha en que esta póliza queda nula y sin valor alguno.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LAS CONDICIONES PARTICULARES LAS CLAUSULAS Y/O ANEXOS QUE SE INDICAN A CONTINUACION:

- 00 Condiciones Generales.
- 01 Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente.
- 02 Cláusula Adicional de Accidente.
- 03 Cláusula Adicional de Fallecimiento de Cónyuge y/o Conviviente.
- 03 BIS Cláusula Adicional de Sepelio por Fallecimiento de Hijos.
- 04 Suplemento Adicional de Indemnización por Enfermedades Graves.

P O L I Z A

Emitida/o en Buenos Aires el, 1/03/2016

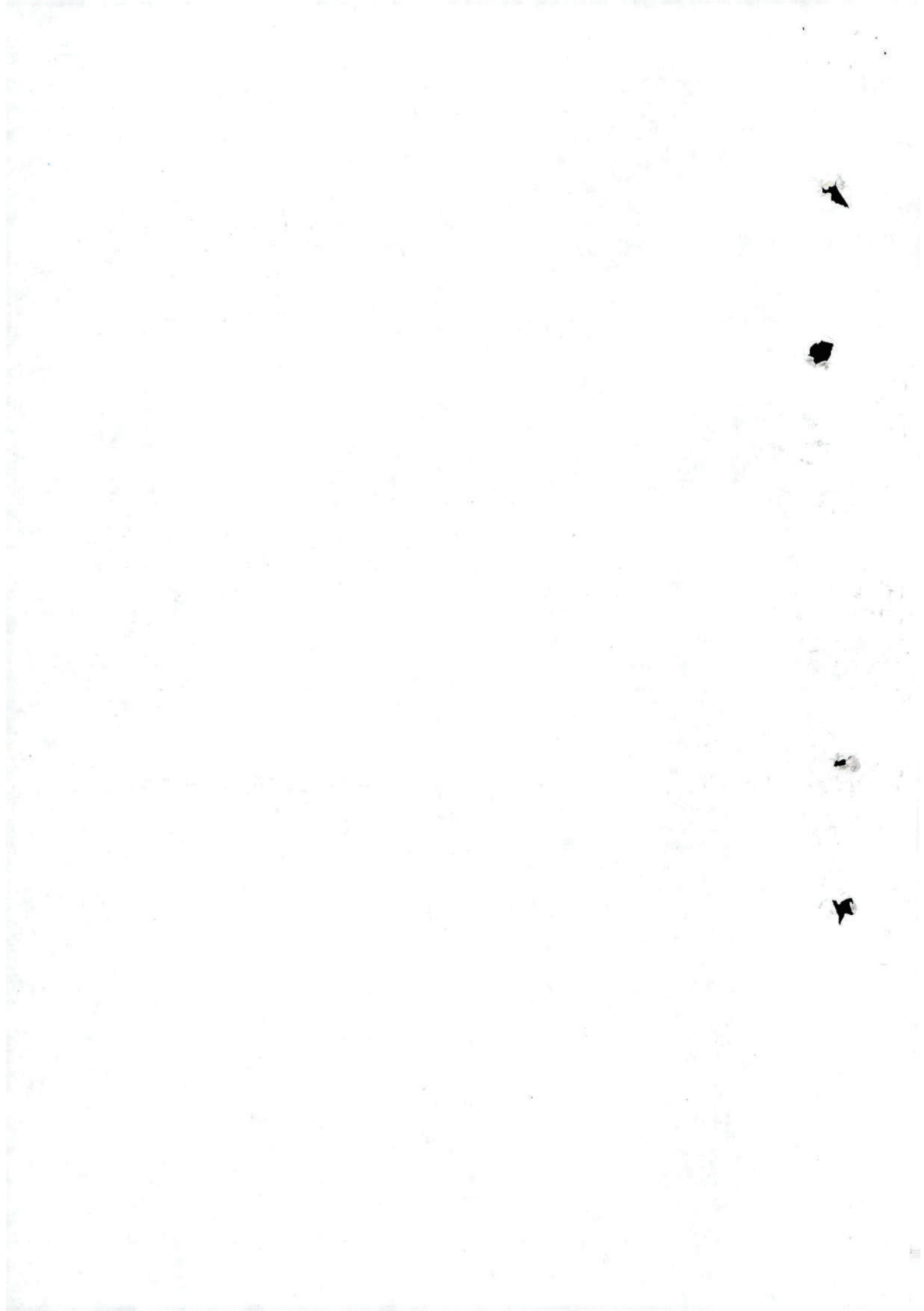
p. La Equitativa del Plata S.A. de Seguros

PRODUCTOR: 73025 CORTEZ ALEJANDRA ESTER

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; O bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a consultasydenuncias@ssn.gob.ar o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento de la Actividad Aseguradora y ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Expediente Nº 1618 (Proveído Nº 113417).





REPUBLICA ARGENTINA

176	229	90
TOMO	ACTA	AÑO

NACIMIENTO



REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y
CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

SARAVIA
Ramon
Nicolas

Corresponde a la Rectifi-
cación por Coleja de Doc. Res.
Nº 487 (Art. 32 del Rdo. Ley Nº 2271)
(3) en el sentido que el padre
del inscripto es SARAVIA
y no como por error figura

En Famella 4 de Junio Nacimiento
República Argentina, a de Junio
de 19 90 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el
de Ramon Nicolas

D. N. I. No 35.207.430
Sexo masculino nacido el 2 de Junio de 19 90
a las 11:25 horas, en Hospital Famella
Hijo de Ramon Antonio Saravia
y de Juana Rosa Acosta Doc. Ident. 135.117
Doc. Ident. 10.319.841

Según certificado de la partera Maria E. de Suvarano
Declarante el padre Doc. Indet.
Domicilio en B. Constitución Nacional Obra en virtud de la do-
cumentación que se archiva



Continúa en el folio

...este fotocopia es COPIA fiel de su original
Famella, de 2017 de 20...

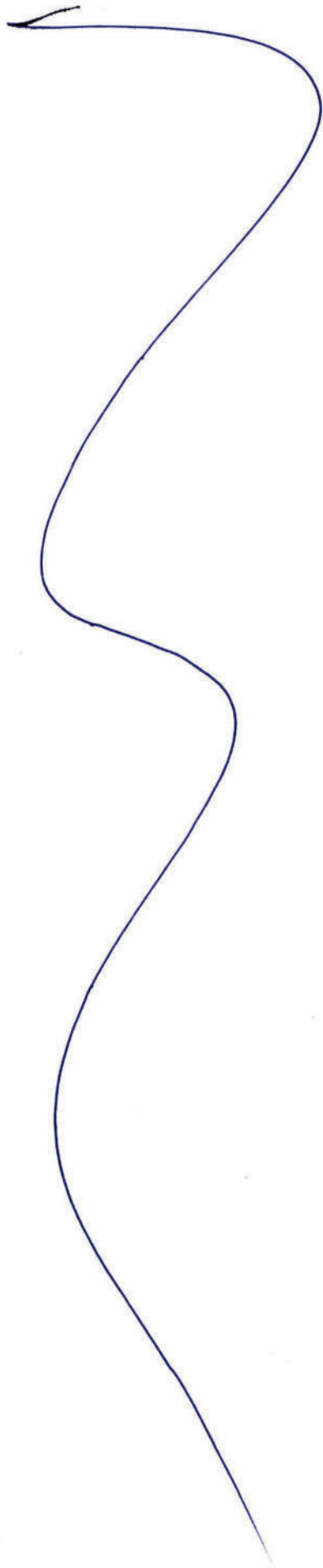
05 JUN. 2017



EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE ENCUENTRAN
PLUMENTADOS TODOS LOS TRAMITES DE LEGALIZACION
EN LA PROVINCIA DE TUCUMAN. (LEY 4972)

LINKE DE RELADO UNICAMENTE PARA LOS SIGUIENTES USOS:
- INST PREV SOCIAL
- COOPERAR
- FAMILIAR
- L. 1971
- OBLIGATORIO
- DE FAMILIA
- MILITAR
- ART 306 LEY 5121
- DEL ESTADO CIVIL Y CAP DE LAS PERSONAS - TUCUMAN

DR. JUAN JOSE RAMON
JUEZ DE PAZ Y ENCARGADO
REGISTRO CIVIL Y CAPACIDAD
DE LAS PERSONAS - FAMILIA





203

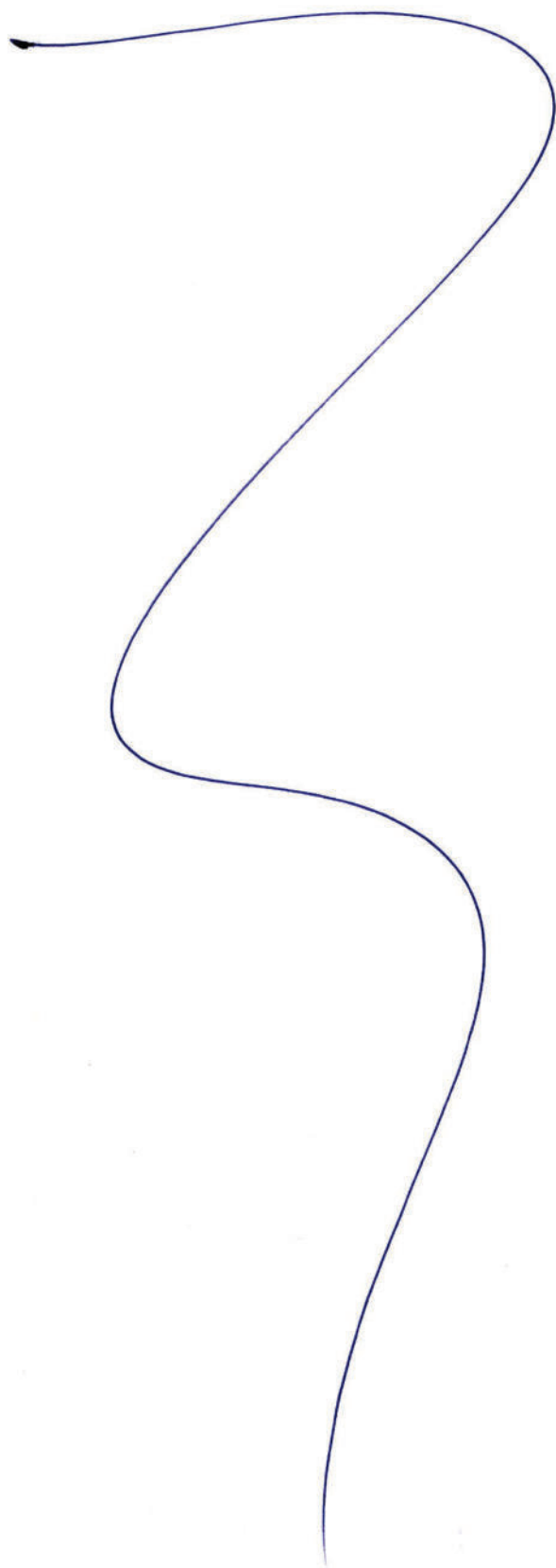
Viene del Folio 200. Acta 229.

Corresponde a la rectificación por
Cotejo de Doc. Resoluc. 2379 Art. 12º del
Dto Ley Nº 8204/63) En el sentido que el
Verdadero Nº de documentos de la madre
del inscripto es: D.N.I. Nº 7.895.588, y no
como figura
08.01-07



Dr. JUAN JOSE B. BENTEZ
JUEZ DE PAZ
PAMAILLA - TUCUMAN





465 A66

164

BANCO

RIVADA

(4142

I.V.A.

Banco del Tucumán S.A.

4 SET 2017

195 - MONTEROS

TESORERÍA

CAJERO:

CAJA:

Nro de Control

Importe cobrado

\$

PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN

Julio

CLASE DE JUSTICIA

Fuere

Banco del Tucumán S.A.

4 SET 2017

125 - MONTEVIDEO

San Miguel de Tucumán, 09 de Agosto de 2017.-

Al Sr. Prosecretario

Fiscalía en lo Penal de Instrucción de la I nom.

Centro Judicial de Monteros

CESAR REYNALDO PACHECO

S _____ / _____ D

CAUSA: GOMEZ WALTER FABIAN Y SARABIA RAMON S/ PRIVACION ILEGITIMA DE LA LIBERTAD AGRAVADA (ART. 142 INC. 1º) ART. 142 VICT. CASTRO JOHANA MARIA DEL CARMEN. EXPTE. Nº 1958/17.-

REF. EXPT. ADM. Nº 8075/218-2017.-

En mi carácter de Directora General A/C del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas de la Provincia de Tucumán, respecto del oficio de autos, cumpla en remitir a Ud. el acta debidamente legalizada, a los fines que correspondiera.-

Saluda a Ud. atentamente.-

GAH



PATRICIA LILIANA ORTIZ
A/C DIRECCION GENERAL
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y
CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

FISCALIA DE INST. I C JM

9/SEP/17 7:10 FS.1



Dr. JUAN PABLO GODOY MUJANA
SECRETARIO JUDICIAL (CMT. 9)
FISCALIA DE INSTRUCCION 1a. Nom.
CENTRO JUDICIAL MONTEROS



ANA CLAUDIA MATIAS
ENCARGADA DE SECCION DEFUNCIONES
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL
Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

REPUBLICA ARGENTINA

REGISTRO CIVIL
Folio N°

Dra. MARIA CAROLINA VARGAS AGHASSI
SECRETARIA DE ESTADO DE GOBIERNO Y JUSTICIA
MINISTERIO DE GOBIERNO JUSTICIA Y SEGURIDAD

402	2995	2017
TOMO	ACTA	AÑO

DEFUNCION



REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y
CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

En San Miguel de Tucumán
República Argentina, a 03 de agosto
de 2017. Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION
de Ramon Antonio Sarabia
Sexo masculino nacionalidad argentina
estado -----
profesión ----- Doc. Ident. 14135117
domicilio B- Amplio de Constitucion - Famocilla - Tucuman
Hijo de -----
y de -----
nacido en Tucuman el 13 de octubre de 1960
Ocurrida en Juan B. Alberdi 550, cp. Tucuman
el 03 de junio de 2017 a las 11:20 horas
Causa de la defunción Distors. Reparativa
Certificado médico Dr. Felix Esteban Triguero
Declarante ----- Doc. Ident. -----
Domicilio ----- Obra en virtud de la
documentacion que se archiva. Insc. pub. 4115-3367
del 07/03/2017. Folio 100. Remigildo Pacheco. Presc. pub.
act. 10. Fiscal de Inscrip. Juan Carlos Montero.

ANA CLAUDIA MATIAS
ENCARGADA DE SECCION DEFUNCIONES
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL
Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

CERTIFICO que el presente documento es fotocopia fiel de original conservado en esta oficina seccional del Registro
SAN MIGUEL DE TUCUMAN



04 AGO 2017

ANA CLAUDIA MATIAS
ENCARGADA DE SECCION DE FUNCIONES
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL
Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

El Funcionario del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas que
suscribe: CERTIFICA que la firma, rubrica y sellos que preceden son auténticos
SAN MIGUEL DE TUCUMAN

MIRTA NOEMI OLIVERA
ENCARGADA OFICINA DE ARCHIVO
DOCUMENTAL Y CERTIFICACION
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y
CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE HAN CUMPLIMENTADOS
TODOS LOS TRAMITES DE LEGISLACION EN LA PROVINCIA DE
TUCUMAN (LEY 4992)

I M P O R T A N T E

Este documento no puede ser referido a autoridad judicial o administra-
tiva ni personas o entidades, sino que se limitara a tomar
constancia o certificar por medio de este documento el contenido del mismo.

FORMA DE SELLOS

PARA LOS SIGUIENTES USOS:

- INST. PREV. SOCIAL
- USO ESCOLAR
- SALARIO FAMILIAR
- LEY 17671
- SEQ. OBLIGATORIO
- BIEN DE FAMILIA
- USO MILITAR
- ART. 303 LEY 6.127
- REG. DEL EST. CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS