CUIT: 30-64744740-2 **Período:** 03/2024 **Secuencia:** 0 - Original

Contribuyente: TUBING SERVICE S.R.L.

martes, 09 de abril de 2024

CUIL	20-25619244-7	20-29548331-9	20-30661662-6	20-33316336-6	20-35889388-1
Apellido y Nombre	MARTIN RAUL CARCAMO	SILVIO MATIAS TORA	NESTOR CHAVEZ	CIRO ELIAS OJEDA	TOMAS EZEQUIEL EHIJOS
Obra Social	104306	105408	106609	115300	003108
Corresponde Reducción?	No	No	No	No	No
Con Cobertura S.C.V.O.?	Si	Si	Si	Si	Si
Situación	1	1	1	1	1
Condición	1	1	1	1	1
Actividad	049	049	049	049	049
Modalidad de Contrato	8	8	8	8	8
Código de siniestrado	0	0	0	0	0
Localidad	29	29	29	29	29
% de Reducción	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Cónyuge	No	No	No	No	No
Hijos	00	00	00	00	00
Adherentes	00	00	00	00	00
Remuneración Total	1.461.112,76	995.274,63	1.294.550,80	875.375,33	740.310,36
Remuneración 1	1.424.436,78	958.599,23	1.239.468,53	834.097,70	703.634,69
Remuneración 2	1.424.436,78	958.599,23	1.239.468,53	834.097,70	703.634,69
Remuneración 3	1.424.436,78	958.599,23	1.239.468,53	834.097,70	703.634,69
Remuneración 4	1.424.436,78	958.599,23	1.239.468,53	834.097,70	703.634,69
Remuneración 5	1.424.436,78	958.599,23	1.239.468,53	834.097,70	703.634,69
Remuneración 6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 8	1.424.436,79	958.599,23	1.239.468,53	834.097,70	703.634,69
Remuneración 9	1.461.112,75	995.274,62	1.294.550,79	875.375,33	740.310,36
Remuneración 10	1.417.433,11	951.595,55	1.232.464,85	827.094,02	696.631,01
Conceptos no remun.	36.675,97	36.675,40	55.082,27	41.277,63	36.675,67
Asig. Familiares Pagadas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribución Previsional	152.657,55	102.486,84	132.736,46	89.078,03	75.027,16
Contribución PAMI	22.537,19	15.130,37	19.596,19	13.150,79	11.076,43
Contrib. Tarea Dif. (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fondo Nac. de Empleo	13.323,87	8.945,00	11.585,17	7.774,68	6.548,33
Contribución ANSSAL	12.819,93	8.627,39	11.155,22	7.506,88	6.332,71
Contribución Asig. Familiares	66.619,36	44.724,99	57.925,85	38.873,42	32.741,66
Total Contribuciones SS	**267.957,90**	**179.914,59**	**232.998,89**	**156.383,80**	**131.726,29**
* porcentaje aplicado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Contribución RENATRE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Previsional	156.688,05	105.445,92	136.341,54	91.750,75	77.399,82
Aporte PAMI	42.733,10	28.757,98	37.184,06	25.022,93	21.109,04
Aporte Adicional SS (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte ANSSAL	6.409,97	4.313,70	5.577,61	3.753,44	3.166,36
Decreto 788/05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Diferencial Prev	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes SS	**205831,12**	**138517,60**	**179103,21**	**120527,12**	**101675,22**
* porcentaje aplicado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Contribución OS	72.646,28	48.888,56	63.212,90	42.538,98	35.885,37
Contribución Adicional OS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Contribuciones OS	**72.646,28**	**48.888,56**	**63.212,90**	**42.538,98**	**35.885,37**
Aporte OS	36.323,14	24.444,28	31.606,45	21.269,49	17.942,68
Aporte Adicional de OS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes OS	**36.323,14**	**24.444,28**	**31.606,45**	**21.269,49**	**17.942,68**

VOLVER

Imprimir

CUIT: 30-64744740-2 **Período:** 03/2024 **Secuencia:** 0 - Original

Contribuyente: TUBING SERVICE S.R.L.

martes, 09 de abril de 2024

CUIL 20-39203413-8	20-41957354-0	23-13777145-4	23-33773527-4	27-25932386-5
Apellido y Nombre MANUEL ENRIQUE NAVARRO	PALMA ALAN	GRACIELA ANGELA CVITANICH	CONSTANZA ANALY ORDEIG	MARCELA IRMA CORNEJO
Obra Social 106302	600408	400909	400909	600408
Corresponde Reducción? No	No	No	No	No
Con Cobertura S.C.V.O.? Si	Si	Si	Si	Si
Situación 1	1	1	1	1
Condición 1	1	1	1	1
Actividad 049	049	049	049	049
Modalidad de Contrato 8	8	8	8	1
Código de siniestrado 0	0	0	0	0
Localidad 29	29	29	29	29
% de Reducción 0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Cónyuge No	No	No	No	No
Hijos 00	00	00	00	00
Adherentes 00	00	00	00	00
Remuneración Total 1.307.693,67	813.186,94	3.280.174,73	2.230.275,73	457.246,50
Remuneración 1 1.261.815,24	786.511,46	1.471.616,10	1.471.616,10	431.411,71
Remuneración 2 1.261.815,24	786.511,46	3.250.174,21	2.200.275,50	431.411,71
Remuneración 3 1.261.815,24	786.511,46	3.250.174,21	2.200.275,50	431.411,71
Remuneración 4 1.261.815,24	786.511,46	1.471.616,10	1.471.616,10	582.398,75
Remuneración 5 1.261.815,24	786.511,46	1.471.616,10	1.471.616,10	431.411,71
Remuneración 6 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 7 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remuneración 8 1.261.815,24	786.511,46	3.250.174,21	2.200.275,50	582.398,11
Remuneración 9 1.307.693,67	813.186,95	3.280.174,74	2.230.275,74	457.246,50
Remuneración 10 1.254.811,56	779.507,78	3.243.170,53	2.193.271,82	426.718,61
Conceptos no remun. 45.878,43	26.675,48	30.000,52	30.000,23	25.835,43
Asig. Familiares Pagadas 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribución Previsional 135.143,21	83.952,99	349.289,47	236.215,38	45.957,59
Contribución PAMI 19.951,50	12.394,17	51.566,41	34.873,02	6.784,83
Contrib. Tarea Dif. (*) 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fondo Nac. de Empleo 11.795,23	7.327,37	30.485,80	20.616,76	4.011,15
Contribución ANSSAL 11.356,34	7.078,60	39.002,09	26.403,31	5.241,58
Contribución Asig. Familiares 58.976,14	36.636,87	152.429,01	103.083,78	20.055,77
Total Contribuciones SS 237.222,42	**147.390,00**	**622.772,78**	**421.192,25**	**82.050,92**
* porcentaje aplicado 0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Contribución RENATRE 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Seg. Sepelio UATRE 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Previsional 138.799,68	86.516,26	161.877,77	161.877,77	47.455,29
Aporte PAMI 37.854,46	23.595,34	44.148,48	44.148,48	12.942,35
Aporte Adicional SS (*) 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte ANSSAL 5.678,17	3.539,30	8.829,70	8.829,70	2.620,79
Decreto 788/05 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ap. personal Reg. esp. 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes SS 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Aporte Diferencial Prev 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes SS 182332,31	**113650,90**	**214855,95**	**214855,95**	**63018,43**
* porcentaje aplicado 0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Contribución OS 64.352,58	40.112,08	156.008,36	105.613,22	29.702,30
Contribución Adicional OS 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dto. 1273-2641/02 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Contribuciones OS 64.352,58	**40.112,08**	**156.008,36**	**105.613,22**	**29.702,30**
Aporte OS 32.176,29	20.056,04	35.318,79	35.318,79	14.851,17
Aporte Adicional de OS 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Excedentes Aportes OS 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Aportes OS 32.176,29	**20.056,04**	**35.318,79**	**35.318,79**	**14.851,17**

VOLVER

Imprimir

CUIT:	30-64744740-2	**Período:** 03/2024	**Secuencia:** 0 - Original	
Contribuyente:	TUBING SERVICE S.R.L.			martes, 09 de abril de 2024

CUIL	27-41610108-1	Suma Totales
Apellido y Nombre	PAOLA VANESA NIEVA	Suma Totales
Obra Social	600408	-
Corresponde Reducción?	No	-
Con Cobertura S.C.V.O.?	Si	-
Situación	1	-
Condición	1	-
Actividad	049	-
Modalidad de Contrato	8	-
Código de siniestrado	0	-
Localidad	29	-
% de Reducción	0,00%	-
Cónyuge	No	-
Hijos	00	-
Adherentes	00	-
Remuneración Total	811.309,22	14.266.510,67
Remuneración 1	774.633,88	11.357.841,42
Remuneración 2	774.633,88	13.865.058,93
Remuneración 3	774.633,88	13.865.058,93
Remuneración 4	774.633,88	11.508.828,46
Remuneración 5	774.633,88	11.357.841,42
Remuneración 6	0,00	0,00
Remuneración 7	0,00	0,00
Remuneración 8	774.633,88	14.016.045,34
Remuneración 9	811.309,21	14.266.510,66
Remuneración 10	767.630,20	13.790.329,04
Conceptos no remun.	36.675,34	401.452,37
Asig. Familiares Pagadas	0,00	0,00
Contribución Previsional	82.673,77	1.485.218,45
Contribución PAMI	12.205,32	219.266,22
Contrib. Tarea Dif. (*)	0,00	0,00
INSSJP Dto 1273-2641/02	0,00	0,00
Fondo Nac. de Empleo	7.215,72	129.629,08
Contribución ANSSAL	6.971,70	142.495,75
Contribución Asig. Familiares	36.078,62	648.145,47
Total Contribuciones SS	**145.145,13**	**2.624.754,97**
* porcentaje aplicado	0,00%	-
Contribución RENATRE	0,00	0,00
Seg. Sepelio UATRE	0,00	0,00
Aporte Previsional	85.209,73	1.249.362,58
Aporte PAMI	23.239,02	340.735,24
Aporte Adicional SS (*)	0,00	-
Aporte ANSSAL	3.485,85	56.204,59
Decreto 788/05	0,00	0,00
Ap. personal Reg. esp.	0,00	0,00
Excedentes Aportes SS	0,00	0,00
Aporte Diferencial Prev	0,00	0,00
Total Aportes SS	**111934,60**	**1.646.302,41**
* porcentaje aplicado	0,00%	-
Contribución OS	39.506,33	698.466,96
Contribución Adicional OS	0,00	0,00
Dto. 1273-2641/02	0,00	0,00
Total Contribuciones OS	**39.506,33**	**698.466,96**
Aporte OS	19.753,16	289.060,28
Aporte Adicional de OS	0,00	0,00
Excedentes Aportes OS	0,00	0,00
Total Aportes OS	**19.753,16**	**289.060,28**

VOLVER

Imprimir

PROVINCIA DEL CHUBUT **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

DEPARTAMENTO o PARTIDO | DELEGACIÓN o REGISTRO CIVIL | Tomo | Folio | Acta

Certifico que don/a Miguel Angel ONDGIO. (Nombre y Apellido del Fallecido) de Sexo: F ☐ M ☒ Doc. de Identidad Tipo DNI Nº 16363329

Domiciliado en SAN Borge de Jachal 963 (Calle y Nº) de Comodoro Rivadavia (Localidad o Paraje, Provincia)

Falleció por Paro Cardio Respiro Rio Causa Inmediata.

El día 04 de Febrero de 2024 a las 6:00 hs. Dejo constancia que los datos referidos los obtuvo al haber:

Asistido al Paciente ☒ Reconocido el Cadáver ☐ Practicada la Pericia Médica Legal ☐

Nombre y Apellido del Médico Dr Carlos Mora Mat. Prov. Nº 4794

Domicilio profesional Av. Alsina 656 Tel. 297-4061001

Lugar y Fecha de Certificación Comodoro Rivadavia 4/2/2024

CARLOS MARIO MORA MEDICO M.P. 4794

Firma y sello del profesional

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

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 Tomo | Folio | Acta

Doc. Tipo/Nº | Nombre calle, camino, ruta, km.

Nº | Piso | Dpto./Pieza: | Barrio

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 lo condujo a la muerte? SI 1 ☐ NO 2 ☐ Pasar a Preg. → ⑦

⑥ Lo atendió el médico que suscribe SI 1 ☐ NO 2 ☐

⑦ CAUSA DE LA DEFINICIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte Directamente.
Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa Arriba consignada mencionándose en último lugar la causa básica.
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyen 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.
a)	Paro cardiorespiratorio	
b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	CA DE COLON	Ignorado
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)		
No usar		

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 acontecio como por ejemplo, caida de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópicos, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehiculo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.

⑨ PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Si 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 9 ☐ → continuar abajo

¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día | Mes | Año

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s | Nombre/s

⑩ Fecha de la defunción: Día 04 | Mes 02 | Año 2024

⑪ Fecha de nacimiento: Día 26 | Mes 09 | Año 1963

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, consignar sólo meses y días
- Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

Años 60 | Meses | Días | Horas | Minutos

⑬ Sexo: Masculino 1 ☒ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐

Doc. de Identidad Tipo DNI Nº 16363329

⑭ Ocurrió en...
- Establecimiento de salud público 1 ☐
- Establecimiento privado, obra social, etc. 2 ☒ → Nombre del establecimiento: Clinica del Valle.
- Vivienda (domicilio) particular 3 ☐
- Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) 4 ☐ pasar a preg. ⑮

No usar

⑮ Domicilio donde se produjo: Calle y Nº/Ruta y Km.: AV. ALSINA 656

Localidad/Paraje: Comodoro Rivadavia | Departamento o Partido: Escalante.

Barrio: | No usar | Provincia: Chubut. | No usar

⑯ Vivía habitualmente en: Calle y Nº/Ruta y Km.: SAN Jorge de Jachal 963

Localidad/Paraje: Comodoro Rivadavia | No usar | Depto. o Partido: Escalante. | No usar

Barrio: | No usar | Provincia: (o país para extranjeros) Chubut. | País

⑰ Pertenecía o estaba 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 ☐

Continúa al dorso →

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(18) ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

		Incompleto	Completo		Incompleto	Completo
∘ Nunca asistió	01 ☐					
∘ S.E. No reformado				S.E. Reformado		
– Primario		02 ☐	03 ☐	– Ciclos EGB (1ro y 2do)	11 ☐	12 ☐
– Secundario		04 ☐	05 ☒	– Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
∘ Superior o universitario		06 ☐	07 ☐	– Polimodal	15 ☐	16 ☐

(19) ¿Cuál es su situación laboral?

- ∘ Trabajaba o estaba de licencia 1 ☑
- ∘ No trabajaba [Buscaba trabajo 2 ☐ / No buscaba trabajo 3 ☐]

(20) ¿Cuál es su ocupación habitual? Empresa Servicios Repuestero

No usar

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

(21) ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

		Incompleto	Completo		Incompleto	Completo
∘ Nunca asistió	01 ☐					
∘ S.E. No reformado				S.E. Reformado		
– Primario		02 ☐	03 ☐	– Ciclos EGB (1ro y 2do)	11 ☐	12 ☐
– Secundario		04 ☐	05 ☐	– Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
∘ Superior o universitario		06 ☐	07 ☐	– Polimodal	15 ☐	16 ☐

(22) ¿Cuál es su edad? (años cumplidos) ∘ Años ☐☐

(23) ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

- Si ☐ → *Responder preg. (24), (25), y (26) con los datos del padre exclusivamente*
- No ☐ → *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)

		Incompleto	Completo		Incompleto	Completo
∘ Nunca asistió	01 ☐					
∘ S.E. No reformado				S.E. Reformado		
– Primario		02 ☐	03 ☐	– Ciclos EGB (1ro y 2do)	11 ☐	12 ☐
– Secundario		04 ☐	05 ☐	– Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
∘ Superior o universitario		06 ☐	07 ☐	– Polimodal	15 ☐	16 ☐

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

(25) ¿Cuál es 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

DATOS A SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

(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 ☒ Otro 2 ☐

Apellido y nombre: Dr Carlos Martin

Matrícula Profesional Nº 4794

Domicilio Profesional: Calle: Alsina 656 **Nº**

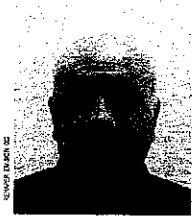
Localidad: Coronel Pringles **Tel.:** 406100

Firma:

Sello: CARLOS F. MARTIN C. MEDICO MAT. P. 4794

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

Apellido / *Surname*
ORDEIG



Nombre / *Name*
MIGUEL ANGEL

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / *Nationality*: ARGENTINA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
26 SEP/ SEP 1963

Fecha de emisión / *Date of issue*
23 JUN/ JUN 2022

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
23 JUN/ JUN 2037

Documento / *Document*
16.363.329

Trámite N° / Of. ident.
00690559862
7041

DOMICILIO: SAN JOSE DE JACHAL 963 PUEYRR[illegible]N - COMODORO RIVADAVIA - ESCALANTE - CHU[illegible]
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE CHUBUT



CUIL: 23-16363329-9

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior



HUELLA
DACTILAR

IDARG16363329<3<<<<<<<<<<<<<<<
6309266M3706233ARG<<<<<<<<<<<8
ORDEIG<<MIGUEL<ANGEL<<<<<<<<<<

Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas

013

II	51	2024
TOMO	ACTA	AÑO

DEFUNCION

PROVINCIA DEL CHUBUT

ORDEIG Miguel Angel

En Comodoro Rivadavia Pcia. del Chubut
República Argentina, a 05 días del mes de Febrero
del año dos mil Veinticuatro Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION de:
Miguel Angel ORDEIG
Sexo Masculino nacionalidad Argentina edad 60 años
estado civil Casado con/de Graciela Angela CVITANICH
profesión Empresario L.C.-L.E.-D.N.I.-C.I. N° 16.363.329
domicilio San Jose de Jachal 963 Puyrredon
hijo/a de Carlos Pedro ORDEIG
y de Maria Vilmas CARDOSO
nacido/a en Comodoro Rivadavia el 26 de Septiembre de 1963
ocurrida en Comodoro Rivadavia
el 04 de Febrero del año dos mil Veinticuatro las 6:00 horas
Causa de defunción Paro cardiorespiratorio CA de Colon
Profesional médico Dr./a. Carlos NARJN Matrícula N° 4794
Declarante Jorge Miguel ALZAGA L.C.-L.E.-D.N.I.-C.I. N° 14.835.396
Domicilio O'H. Yrigoyen 826
Obra en virtud de Lo dicho al acto lo firma conmigo el declarante

MARIA F. RUIZ ALBA
OFICIAL PUBLICO
Dirección Registro Civil
Comodoro Rivadavia

CERTIFICO: Que el presente documento es copia fiel del original que se encuentra en el archivo general del Registro Civil y en el se hallan cumplimentados los Tramites de LEGALIZACION de la Pcia del Chubut.

06 FEB 2024

Fecha:

Provincia del Chubut ★ DEL ESTADO ★ PERSONAS ★ COMODORO RIVADAVIA CENTRO

MARIA F. RUIZ ALBA
OFICIAL PUBLICO
Registro Civil
Comodoro Rivadavia Centro