

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 | FERNANDO NAHUEL VILLALBA |              |                                     |
| DNI / C.I         | 38189229                 | Nacionalidad | ARGENTINA                           |
| Domicilio         | PTO. PIRAY               | Tel.Cel      | Haga clic aquí para escribir texto. |
| En carácter de:   | PADRE DE/LA INSCRIPTA/O  |              |                                     |

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

| ACTA                | NUMERO | TOMO          | FOLIO | AÑO  | DELEGACIÓN     | COPIA              |
|---------------------|--------|---------------|-------|------|----------------|--------------------|
| Nacimiento          | 36     | 1             | 36    | 2025 | ELDORADO SAMIC | ARCHIVO/DELEGACION |
| Dato/s Incorrecto/s |        | ELEGIR OPCION |       |      | 24/12/2024     |                    |
| Dato/s Correcto/s   |        | 29/12/2024    |       |      |                |                    |

| 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 NACIMIENTO                     | 2 | CERTIFICADO MEDICO                  |
| 3 | Haga clic aquí para escribir texto. | 4 | Haga clic aquí para escribir texto. |

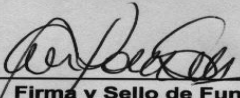
**OBSERVACIONES:**

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.



Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario

CANDIA ROMINA INES  
Delegada Titular  
Registro Provincial de las Personas

| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 1    | 36   | 2025 |

NACIMIENTO

En **Eldorado - SAMIC ELDORADO**  
República Argentina, a **Siete** de **Enero**  
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**  
de **Jade Aitana** D.N.I. N° **70.545.595**  
Sexo **FEMENINO** nacido el **24** de **Diciembre** de **2024**  
a las **20:30** horas, en **Dr Prieto S/n - Eldorado**  
Hijo de **Fernando Nahuel VILLALBA**  
Doc. Ident. **DNI: 38.189.229** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
y de **Milagros Belen MARTINEZ**  
Doc. Ident. **DNI: 44.880.473** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
Apellido **VILLALBA**  
Según certificado de **OBSTETRA MILAGROS ZORZANO**  
Declarante **Fernando Nahuel VILLALBA** Doc. Ident. **DNI: 38.189.229**  
Domicilio **S. c. S. n. - B° San Lorenzo - Puerto Piray**  
Obra en virtud de **ser el PADRE**  
Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994

70.545.595



*M. Aitana*



*OBSTETRA MILAGROS ZORZANO*  
Declarante *Fernando Nahuel VILLALBA*  
Registro Provincial de las Personas

| MINISTERIO DEL INTERIOR                                                                                                                                                       |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| CERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO                                                                                                                                              |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| MEDIANTE EL PRESENTE, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HA ASISTIDO EL PARTO DE:                                                                                                      |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| DATOS DE LA MADRE                                                                                                                                                             | APELLIDO/S: <u>MARTINEZ</u>                                                                                                     |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | NOMBRE/S: <u>MIRAGROS BERN</u>                                                                                                  |                                | EDAD: <u>21 AÑOS</u>                            |
|                                                                                                                                                                               | NACIONALIDAD: <u>ARGENTINA</u>                                                                                                  |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | PRESENTA DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TIPO Y N° DE DOCUMENTO: <u>44.380.473</u> |                                |                                                 |
| DOMICILIO: <u>PTO. PILAU</u>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| SIENDO EL PARTO: SIMPLE <input checked="" type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: <u>01</u> |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| DATOS DEL RECIÉN NACIDO                                                                                                                                                       | SEXO: <u>FUJUNO</u>                                                                                                             |                                | FECHA DE NACIMIENTO: <u>29/12/2024</u>          |
|                                                                                                                                                                               | PESO AL NACER: <u>3770</u>                                                                                                      |                                | HORA DEL NAC.: <u>2</u> HORAS. <u>0</u> MINUTOS |
|                                                                                                                                                                               | EDAD GESTACIONAL: <u>3</u> SEMANAS <u>8</u>                                                                                     |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | LUGAR DEL NACIMIENTO: <u>EUDORADO</u>                                                                                           |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: <u>JADC AITANA</u>                                                                            |                                |                                                 |
| EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: (marcar cual corresponda) ESTABLECIMIENTO SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/>                      |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| ESTABLECIMIENTO SANITARIO                                                                                                                                                     |                                                                                                                                 | NOMBRE: <u>OPHIC EUDORADO</u>  |                                                 |
|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                 | DOMICILIO: <u>C/O DE PILAU</u> |                                                 |
| IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| <div>ABRA POR AQUÍ</div> <div>IMPRESION PLUGAR DACTILAR DE LA MANO DERECHA</div> <div>IMPRESION PLANTAR DERECHA DEL NACIDO</div> <div>ABRA POR AQUÍ</div>                     |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| INSTRUCCIONES DE USO:<br>LEVANTE LA SOLAPA CORRESPONDIENTE Y TRANSFIERA LA IMAGEN DACTILAR EN UN SOLO CONTACTO, LUEGO CIERRE LA SOLAPA.                                       |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| FIRMA DE LA MADRE                                                                                                                                                             |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES:                                                                                                                                      |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: <u>EUDORADO</u> PROVINCIA DE: <u>MISIONES</u>                                                                                         |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| A LOS <u>29</u> DÍAS DEL MES DE <u>DICIEMBRE</u> DE 20 <u>24</u>                                                                                                              |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:                                                                                                                                               |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| MEDICO O PARTERO                                                                                                                                                              | APELLIDO/S: <u>ZORZANO</u>                                                                                                      |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | NOMBRE/S: <u>MIRAGROS</u>                                                                                                       |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | MATRICULA PROFESIONAL: <u>0123</u>                                                                                              |                                |                                                 |
| AGENTE SANITARIO                                                                                                                                                              | APELLIDO/S: <u>MIRAGROS ZORZANO</u>                                                                                             |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | NOMBRE/S: <u>Dr. en Obstetricia</u>                                                                                             |                                |                                                 |
|                                                                                                                                                                               | MATRICULA: <u>M.P. 0123</u>                                                                                                     |                                |                                                 |
| FIRMA Y SELLO DEL MEDICO/PARTERO O AGENTE SANITARIO                                                                                                                           |                                                                                                                                 | Sello del Establecimiento      |                                                 |
| CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD                                                                                           |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| NOTIFICACIÓN DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO                                                                                                             |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| APELLIDO Y NOMBRE:                                                                                                                                                            |                                                                                                                                 | FIRMA DEL NOTIFICADOR          |                                                 |
| TIPO Y N° DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                       |                                                                                                                                 |                                |                                                 |
| INSTITUCIÓN:                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                |                                                 |



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



Apellido / Surname

VILLALBA

Nombre / Name

FERNANDO NAHUEL

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

D

Fecha de nacimiento / Date of birth

12 ENE/ JAN 1996

Fecha de emisión / Date of issue

20 MAY/ MAY 2021

FIRMA IDENTIFICADORA SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry

20 MAY/ MAY 2036

Trámite Nº / Of. ident.

00660586602

8227



38.189.229

Documento / Document

RENAPEX EMISSION 102

Posadas,.....

A LA SEÑORA  
DIRECTOR GENERAL

S. / D.



Posadas, 12 de Febrero de 2025.-

**DISPOSICION N° 360/25**

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 222-A-25, VILLALBA FERNANDO NAHUEL S/ RECTIFICACION ACTA DE NACIMIENTO DE VILLALBA JADE AITANA".-

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. VILLALBA Fernando Nahuel en su carácter de padre de la menor, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 38.189.229 solicitando que se rectifique en el Acta de Nacimiento de VILLALBA Jade Aitana D.N.I. N° 70.545.595, (Acta 36-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Eldorado-Mnes.) la fecha de nacimiento de la inscripta, donde se consignó: "24 de Diciembre de 2024", debiendo ser: "**29 de Diciembre de 2024**".-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de nacimiento a rectificar, 2) Certificado Médico de Nacimiento, 3) D.N.I. del solicitante.-

Que se accede por Informe N° 79/25 Reg. Departamento Jurídico y Legalizaciones a lo solicitado dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 de la Ley N° 26.413 y normativas concordantes.-

**POR ELLO.**

**LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS DISPONE:**

**ARTICULO 1: RECTIFIQUESE**, en el Acta de Nacimiento de VILLALBA Jade Aitana, (Acta 36-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Eldorado-Mnes.) la fecha de nacimiento de la inscripta, siendo lo correcto: "**29 de Diciembre de 2024**".-

**ARTICULO 2: COMUNIQUESE**, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación del Samic de Eldorado-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

**ARTICULO 3: REGISTRESE**, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA  
Paula Brigida

Firmado digitalmente por  
ECHEVERRIA Paula Brigida  
Fecha: 2025.02.12  
12:09:13 -03'00'



## REPUBLICA ARGENTINA

36

| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 1    | 36   | 2025 |

NACIMIENTO

En **Eldorado - SAMIC ELDORADO**  
República Argentina, a **Siete** de **Enero**  
de **2025**. Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**  
de **Jade Aitana** D.N.I. N° **70.545.595**  
Sexo **FEMENINO** nacido el **24** de **Diciembre** de **2024**  
a las **20:30** horas, en **Dr Prieto S/n - Eldorado**  
Hijo de **Fernando Nahuel VILLALBA**  
Doc. Ident. **DNI: 38.189.229** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
y de **Milagros Belen MARTINEZ**  
Doc. Ident. **DNI: 44.880.473** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
Apellido **VILLALBA**  
Según certificado de **OBSTETRA MILAGROS ZORZANO**  
Declarante **Fernando Nahuel VILLALBA** Doc. Ident. **DNI: 38.189.229**  
Domicilio **S. c. S. n. - B° San Lorenzo - Puerto Piray**  
Obra en virtud de **ser el PADRE**

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

66

## Rectificación

Disposición N° 360/2025 de fecha 12-02-2025. Expte N° 222-A-2025. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Nacimiento de: VILLALBA Jade Aitana, (Acta 36-Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de Eldorado-Mnes.), la fecha de nacimiento de la inscripta, siendo lo correcto: "29 de Diciembre de 2024".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 13-02-2025.



VIVIANA C. R. CASTILLO  
Jefa Depto. Despacho  
Registro Provincial de las Personas

127cf78f7d8cab125f3cad5547567ac9