

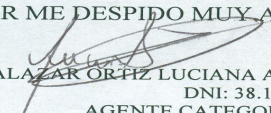
_____02_____DE _____JULIO_____DE 2025_____

SEÑORA
DIRECTORA GENERAL
REG. PROV. DE LAS PERSONAS
DRA. ECHEVERRIA PAULA BRIGIDA
S _____/_____/____D:

POR LA PRESENTE EL/AGENTE: ZALAZAR ORTIZ LUCIANA ANAHI
D.N.I. 38.188.854, LEGAJO N° 37.001, PERSONAL DE PLANTA
TEMPORARIA/CONTRATADO, PERTENECIENTE SECCION 1515 SAN IGNACIO, HAGO
ENTREGA DE LA DOCUMENTACION PERTINENTE PARA EL SUBSIDIO FAMILIAR
(ESCOLARIDAD) DE MI HIJO ZALAZAR LIAM VALENTINO, DNI 57.281.608, LA CUAL
NO SE PRESENTO CON ANTELACION POR FALTANTE DE DOCUMENTACION (CUD).
ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION A FIN DE SER RECEPCIONADA

- FOTOCOPIA DNI HIJO (DEBIDAMENTE CERTIFICADA)
- PARTIDA DE NACIMIENTO HIJO (LEGALIZADA)
- CERTIFICACION NEGATIVA ANSES
- CONSTANCIA ALUMNO REGULAR (ESCUELA)
- CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR (CENTRO DE REHABILITACION DEL CIEGO)
- CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD)
- DECLARACION JURADA

SIN NADA MAS QUE AGREGAR ME DESPIDO MUY ATTE:


ZALAZAR ORTIZ LUCIANA ANAHI
DNI: 38.188.854
AGENTE CATEGORIA 18
REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS SECCION 1515

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ARG-02-00057281608-20250702-20320702-MIS-534

100624939



APELLIDO Y NOMBRES: ZALAZAR Liam Valentino

TIPO Y N° DOCUMENTO: D.N.I. - M - 57281608 N° CUIT/CUIL: 20572816088 F.NAC: 10/10/2018

Ley N° 22.431
FECHA DE ACTUALIZACIÓN
07/2032

CONDICIÓN DE SALUD:

Ceguera de ambos ojos. Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje. Tumor maligno de la retina.

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO:

- Funciones Corporales:
b122.2 b167.3 b210.4 b330.3 b147.3 b7653.2 b320.3
- Estructuras Corporales:
s220.413 s110.888
- Actividad / Participación:
d455.23 d110.44 d210.23 d250.23 d571.33 d540.33 d4602.34 d510.12 d710.23 d1332.23 d310.23 d839.13 d330.33 d137.23
- Factores Ambientales:
e355.+4 e5801.+3 e310.+2 e5502.+4 e5700.+4

ORIENTACIÓN PRESTACIONAL:

CENTRO DE REHABILITACIÓN PERS. DISCAPACIDAD VISUAL- PRESTACIONES DE REHABILITACION- PRESTACIONES EDUCATIVAS (INICIAL/EGB)- TRANSPORTE.

ACOMPANANTE: SI

"En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado".

LUGAR: Posadas

FECHA DE EMISIÓN: 02/07/2025

EMITIDO POR: Junta Jurisdiccional Hospital Barreyro (Misiones)

PROFESIONAL

DR. MARIELA EDITH GARNIER
GARNIER Maríela Edith
Junta Evaluadora Personas
M. S. P.

Lic. COSSIA ELIZABETH
Junta Evaluadora Personas
Hosp. P.P. De Medicina Dr. F. Barreyro
M. S. P. Psicopedagoga
COSSIA Claudia Elizabeth
mat. 753

PROFESIONAL
SILVIA A. QUEMEZ
Lic. en Trabajo Social Mat. 639
Hosp. Pub. Barreyro de Pediatría
QUEMEZ Silvia Analia
mat. MP 639

El presente certificado no comprende la evaluación de capacidad laborativa.



100624939

5123986296



Número de Certificado

ARG-02-00057281608-20250702-20320702-MIS-534

Fecha de emisión:

02/07/2025

Fecha de Actualización:

07/2032

Emitted por
Junta Jurisdiccional Hospital
Barreyro (Misiones)

Dr. Diego O. Spagnuolo
Director Ejecutivo



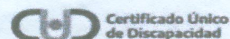
Nombre
Liam Valentino

Apellido
ZALAZAR

Documento
D.N.I. - M - 57281608

Fecha de Nacimiento
10/10/2018

Acompañante
SI



Certificado Único
de Discapacidad



Agencia
Nacional de
Discapacidad

**Centro de Habilitación y Rehabilitación de Personas Ciegas o
con Baja Visión
"Santa Rosa de Lima"**

Sarmiento 1847 — Cel.3765120202 — 3300 Posadas — Misiones — Rep. Argentina

CONSTANCIA DE PARTICIPANTE REGULAR

Se hace constar que: Zalazar Lion Valentino

D.N.I.: 57.281.608 Es participante de este Centro de Rehabilitación.

Concurre: los días viernes de 14:30 a 16:50 hs. a las exposiciones de
Mercoledì Atención Integral y Psicomotricidad

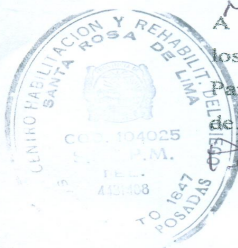
A pedido del interesado se extiende la presente constancia en Posadas a

los 02 días del mes de febrero de 2025

Para ser presentada ante las autoridades

de Dirección General del Registro de las

Personas



Prof. Aguirre
Prof. AGUIRRE, GRACIELA NOEMI
DIRECTORA
Centro de Habilitación y Rehabilitación
de Pers. Ciegas y Baja Visión
SANTA ROSA DE LIMA

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Escuela 1384 - Escuela Especial N° 9

La Dirección del establecimiento, deja constancia que **ZALAZAR, LIAM VALENTINO** DNI: **57281608** fecha de nacimiento **10/10/2018** sexo **Masculino** es alumno/a regular de **1** grado/año **A** turno **Tarde** de la carrera/nivel **Primaria Especial**, correspondiente al año **2025**.

A pedido del interesado/a y para ser presentada ante quien corresponda, se extiende en la ciudad de San Ignacio Misiones a los 30 días del mes de junio de 2025.



250572816080002314433006258

250572816080002314433006258

Sello del establecimiento



Peninski Elba Mabel
DIRECTORA

Escuela Especial N° 9
San Ignacio Misiones
Firma y Sello aclaratorio
del Director/Secretario

ANSES | Certificación negativa

ZALAZAR ORTIZ LUCIANA ANAHI

CUIL
27381888547

DNI
38188854

PERIODO DESDE 01/2025 HASTA 06/2025

**No es posible emitir la Certificación
DEBIDO A QUE REGISTRAS**

Registra Declaraciones Juradas de Provincia no adherida al SIPA
Registra Obra Social dentro del período consultado.. Si desea obtener el CODEM (Constancia de
Empadronamiento a la Obra Social) [PRESIONE AQUI](#)
Se encuentra informado por el Ministerio de Capital Humano como Monotributista Social.

**La Certificación negativa emitida aquí no requiere la
autenticación con sello y firma de un agente de
ANSES (Art. 1 de la Resolución D.E. N76/09).
Estos datos son válidos por 30 días a partir de la
fecha de emisión.**

Imágen de Acta: 1159



Registro Provincial
de las Patagonias

01677163

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
6	1159	2018

NACIMIENTO

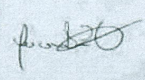
159

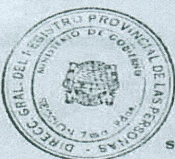
En Capital - SECC. 7° CENTROT-T
República Argentina, a Doce de Octubre
de 2018. Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el NACIMIENTO
de Liam Valentino D.N.I. N° 57.281.608
Sexo MASCULINO nacido el 10 de Octubre de 2018
a las 04:45 horas, en Av Mitre 2330 - Posadas.

Hijo de
Doc. Ident. y de Luciana Anahi ZALAZAR ORTIZ
Doc. Ident. DNI: 38.188.854 Nacionalidad ARGENTINA
Apellido ZALAZAR

Según certificado de MEDICO MARCELO FABIAN MIRANDA
Declarante Luciana Anahi ZALAZAR ORTIZ Doc. Ident. DNI: 38.188.854
Domicilio San Martín 1383 - San Ignacio- Misiones.
Obra en virtud de ser la Madre

Leida el acta firma conmigo el declarante. Hábiles Art. 64 - Ley 26994







SONIA LUJANA RIVERO
Delegada Titular
Registro Provincial de las Patagonias

57.281.608



ce72aff6a83306a46de441529b8d0d54

01_071218000159-041397

CERTIFICO Que el presente es copia fiel
del original que tengo a la vista y Doy Fé.-

Don Ignacio 30 de junio de 2025 -



UBALDO H. OSCAR BANDENDORPE
SECRETARIO
Juzgado de Paz - San Ignacio

SUBSIDIO FAMILIAR

DECLARACION JURADA

DECLARANTE:

A) APELLIDO Y NOMBRE LEGAJON N° REPARTICION ESTADO CIVIL FECHA CASAMIENTO DOCUMENTO
 ZALAZAR ORTIZ LUCIANA 27021 REGISTRO SOLTERA 33.188
 OTROS EMPLEOS EMPLEADOR DON. PERCIBE SALARIO OBSERVACIONES
 SI-NO ELAS REC-SI-NO

B) CONYUGE:

APELLIDO Y NOMBRE TRABAJA EMPLEADOR PERCIBE SALARIO DOCUMENTO DE IDENTIDAD DOMICILIO
 SI-NO SI-NO

C) DE LOS HIJOS:

APELLIDO Y NOMBRE	FECHA NAC.	DOC. IDENTIDAD	IMPEDIDO	TRABAJA	EMPLEADOR REMUNE- SI-NO	RACION MENSUAL
1. ZALAZAR LUCIANA	10-10-14	37.21.1608	SI-NO	SI-NO	SI-NO	SI-NO
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

Afirmo, bajo juramento que los datos asentados en esta declaración son exactos y completos que los he confeccionado con
 informaciones en conocimiento de las normas que rigen la materia, quedando obligado de producirse variaciones de las
 denuncias a comunicar dentro de los diez (10) días hábiles acompañando la documentación correspondiente y efectuar
 la Declaración Jurada.

CERTIFICADO QUE LA FIRMA DEL

LUGAR Y FECHA.....

DECLARANTE ES AUTENTICA

Firma del Jefe de la Repartición