

1025 - 1/10



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

**BLOQUE DEL PARTIDO JUSTICIALISTA
CONCEJAL MARIO A. LLANES**

131
NOTA N° /2013.-
LETRA: BPJ – M.A.LL.-

Ushuaia, 20 de agosto de 2013.

Sr. Presidente

Concejo Deliberante

Damián De Marco

S / D

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente tengo el agrado de dirigirme a usted a efectos de solicitarle la incorporación del Proyecto de Ordenanza adjunto en el Boletín de asuntos entrados correspondiente a la próxima Sesión en virtud de los siguientes fundamentos.

El siguiente Proyecto autoriza un espacio reservado para una persona con discapacidad, ello de acuerdo a lo solicitado por el vecino Humberto Baeza Aguilera D.N.I. 18.886.048. El mismo se funda en la necesidad de garantizar un espacio reservado frente a su domicilio para estacionar un vehículo, en virtud de la discapacidad que padece, tal como se indica en el certificado de discapacidad que se adjunta a la presente.

En razón de lo expuesto, solicito el acompañamiento de mis pares en el presente proyecto de ordenanza.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
A LOS DÍAS INGRESADOS	
Fecha: 21/08/13	Hs. 13:27
Numero: 1025	Fojas: 10
Expte. N°	
Elmido:	
Recibido:	<i>Dadon</i>

Mario LLANES
Concejal P.J.
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

BLOQUE DEL PARTIDO JUSTICIALISTA
CONCEJAL MARIO A. LLANES

PROYECTO DE ORDENANZA

*EL CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA
SANCIONA CON FUERZA DE ORDENANZA*

ARTICULO 1º.- AUTORIZAR un espacio reservado en la vía pública de SIETE (7) metros con la leyenda "Estacionamiento reservado para persona con discapacidad", sito en Calle Alfredo Palacios n° 2740.

ARTÍCULO 2º.-INSTRUIR a la Secretaría de Desarrollo y Gestión Urbana, para que a través del área que corresponda, proceda a la implementación de las señales correspondientes.

ARTICULO 3º.- EXCEPTUAR al frentista indicado en el artículo 1º de la presente, como contribuyente del pago de la tasa mensual por espacio reservado en la vía pública, estipulado en la ordenanza tarifaria vigente, OM 3501.

ARTICULO 4º.- REGISTRAR Pase al Departamento Ejecutivo Municipal para su promulgación, dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHÍVESE.

Mario LLANES
Concejal P.J.
Concejo Deliberante Ushuaia



CERTIFICADO N°: ARG-02-00018886048-20120712-20220712-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: BAEZA AGUILERA HUMBERTO

TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 18886048

N° CUIT/CUIL: -----

F/NACIMIENTO: 11/1/1940

DIAGNOSTICO:

Diabetes mellitus no insulino dependiente Hipertensión esencial (primaria) Venas varicosas de los miembros inferiores Gonartrosis [artrosis de la rodilla]

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES: b7801.2 b7100.3 b4152.3 b5401.2 b28015.2 b7150.3 b1449.2

ESTRUCTURAS CORPORALES: s75011.372 s4102.371 s599.288

ACTIVIDAD / PARTICIPACION:d7104.00 d2101.01 d5702.01 d1551.01 d9208.00 d6501.23 d5400.23 d410.23 d7600.01
d6108.00 d2400.01 d177.00 d4154.34 d5101.12 d6408.12 d8708.23 d450.23 d1751.01
d2102.12**FACTORES AMBIENTALES:**

e410.+1 e5402.+4 e2250..3 e355.+1 e310.+2 e1101.+2 e450..1 e5700.+2 e5502.+4 e2100..3

ORIENTACION PRESTACIONAL:

- TRANSPORTE

VENCIMIENTO:**El presente certificado tiene validez hasta el: 12/7/2022**

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

ACOMPAÑANTE:

"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."

Acompañante: SI

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Lugar: Ushuaia

Fecha emisión: 12/7/2012

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
ZAJIC-Susana Susana Zajic Médico M.M. N° 565 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	FEIJOO-Claudia Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	RUBIO Elena Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello



3707585434

Para constatar la veracidad de este certificado
consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

1025 - 5/10



LA CORRECTA UTILIZACION QUEDARA SUPEDITADA A LO QUE
DISPONGAN LAS JURISDICCIONES MUNICIPALES Y LAS
NORMAS DE TRANSITO. (ART. 17 INS 2º DECRETO 1313/93)

DOCUMENTACION INTRANSFERIBLE

APELLIDO: BAEZA AGUILERA

NOMBRE: HUMBERTO

DIRECCIÓN: ALFREDO PALACIOS 2740

LOCALIDAD: Ushuaia

PROVINCIA: TIERRA DEL FUEGO

DOC.TIPO y Nº: D.N.I. - M - 18886048

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Nº: 00101815-9



EL PRESENTE SIMBOLO RESULTA VALIDO UNICAMENTE CUANDO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SE
ENCUENTRA A BORDO DEL VEHICULO



MINISTERIO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
 SUBSECRETARÍA DE DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

CERTIFICADO N°: ARG-02-00018866048-20120712-20220712-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
 Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: BAEZA AGUILERA HUMBERTO TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 18886048 N° CUIT/CUIL: FINACIEM. N°: 11/11940		
DIAGNOSTICO: Diabetes mellitus no insulino dependiente Hipertensión esencial forma I Venas varicosas de los miembros inferiores.		
DIAGNOSTICO FUNCIONAL:		
FUNCIONES CORPORALES: b7801.2 b7100.3 b752.3 b701.2 b701.1 b701.0 b701.1 b701.2		
ESTRUCTURAS CORPORALES: a75011.372 a75011.371 a75011.370		
ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d7104.00 d2101.01 d5702.01 d1551.01 d8208.00 d6501.23 d5400.23 d410.23 d7600.01 d6108.00 d2400.01 d177.00 d4154.34 d5101.12 d6408.12 d6708.23 d450.23 d1751.01 d2102.12		
FACTORES AMBIENTALES: e410.+1 e5402.+4 e2260..3 e356.+1 e310.+2 e1101.+2 e450..1 e5700.+2 e5502.+4 e2100..3		
ORIENTACION PRESTACIONAL: - TRANSPORTE		
VENCIMIENTO: El presente certificado tiene validez hasta el: 12/7/2022 El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laboral.		
ACOMPANANTE: "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."		Acompañante: SI
LUGAR Y FECHA DE EMISION: Lugar: Ushuaia Fecha emisión: 12/7/2012		
EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE: Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia		
PROFESIONAL ZAIC Susana Susana Zaic Médico M.P. N° 665 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL FEIJOO Claudia Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° 25.71 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL RUBIO Elena Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar
 3707585434



CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y fecha Ushuaia de 28 03 08

Sr. Director del Hospital.....
(Nacional Provincial Municipal)

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle quiera tener a bien disponer, por donde corresponda, se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente, referido a:

IMPORTANTE: Completar todos y cada uno de los rubros

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL/LA SOLICITANTE		
BAERA ABUILERA HUMBERTO		
L.E. Nº	L.C. Nº	D.N.I. Nº
		92.439.417
DOMICILIO PARTICULAR		
Calle.....	Nº.....	Piso.....
A. Palcos 2743		Depto.....
Entre calle.....		Localidad.....
S. Vicente		Ushuaia
Barrio.....	CP.....	Provincia.....
9410		TDF
Partido/Departamento.....		

A los efectos de ser agregado a la solicitud de **Pensión por Invalidez** interpuesta ante esta Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales

Saludo a Ud. atentamente.

[Handwritten Signature]

.....
Firma y sello del Responsable

Óscar Riquelme S.
Procurador Social
Com. Ushuaia

Form. 1.01.02.2 - O y M 06 / 02

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Baiza Aguilera Jambato

(Apellido/s y Nombre/s del/ la solicitante)

se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. Indicar enfermedad causal de la discapacidad:

Ortopédicas en ojo derecho

Abceso paravertebral y quiste drenados

DMT - Hipertensión

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Amputación derecha

Deambula con bastón

Al presente certificado médico deberá adjuntarse:

- Resumen de Historia Clínica
- Exámenes de Laboratorio actualizado
- Tratamiento indicado

III. Otras enfermedades:

Diabetes - Hipertensión arterial

(Detallar, tengan o no relación con la enfermedad principal)

V. ¿Hay incapacidad para el desempeño de las tareas laborales habituales? SI NO

VI. La incapacidad es:

Total
Parcial

Permanente
Temporal

Porcentaje Estimado: 76 %
(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente:

Físico Mental

Físico y Mental

VIII. Si la incapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (Designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad)

SI

NO

IX. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico de incapacidad? SI NO
X. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO

Lugar y fecha:

Ushuaia

de 31/03/2008

Medico

MN 102385 MM 343

Firma y sello del Médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital
Dr. RUBEN A. MORNERI
Director General HRU

Sello del Hospital

Resumen de Historia
Clinica:



Paez Humberto
DNI 92439413

68 años, diabético,
hipertenso, amaurós
derecha por traumatismo.

Radiculopatía de miembros inferiores
derechos secundaria a absceso
paravertebral derecho quirúrgicamente.
Deambula con bastón por este
motivo.

Trto. actual: Melformina, atenolol,
aspirina, seurostatina.

31
/ 03
/ 08

Gastón Fuster
Médico
MN 102385 MM 343



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... USHUAIA, 14/11/05

Sr: Director del Hospital.....

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
<u>BAEZA HUMBERTO</u>	
D.N.I. N° <u>92.439.417</u>	C.I. N° <u>—</u>
L.C. N° <u>—</u>	L.E. N° <u>—</u>
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <u>A. Baeza</u> N° <u>9740</u> Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....	Barrio.....Localidad <u>USHUAIA</u>
Provincia <u>T. del FUEGO</u>	CP <u>9410</u> Teléfono.....

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.


Dr. A. C. SAVULSKY
M.N. 63455
Dir. Fiscalización
Sanitaria Ushuaia
S.S. Ministerio de Salud

.....
Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria