



Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia

CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA	
MESA DE ENTRADAS Y SALIDAS	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 10/10/13	Ms. 11.47
Numero: 1258	Folios: 17
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	<i>[Signature]</i>

NOTA N°: 193
LETRA: P.S.P.

Ushuaia, 10 Octubre de 2013

Sr. Presidente
Concejo Deliberante de Ushuaia
Dn. Damián DE MARCO
S _____ / _____ D

Por medio de la presente me dirijo a Ud. a los efectos de incorporar al Boletín de Asuntos Entrados de la próxima Sesión Ordinaria, el siguiente proyecto de Minuta de Comunicación, solicitando al DEM la realización del informe socio-económico de la Familia Muñoz para su inclusión en el Registro de Frentistas de escasos recursos, tal lo establecido en el Punto III inciso 29) del anexo I de la Ordenanza 1521 – Régimen de Contribución por Mejoras respecto de la obra de Pavimentación de los Barrios Bella Vista y Alakalufes II, Ordenanza Municipal N° 4116. El mismo se presenta acompañado de sus correspondientes fundamentos, tal lo establecido en el artículo 94° del Reglamento Interno, Decreto C.D. 09/2009.

Silvio BOCCHICCHIO
Concejal P S P
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

FUNDAMENTOS

La Ordenanza N° 4116 sujeta la Obra de Pavimentación y Cordón Cuneta de los barrios Alakalufes I y Bella Vista al Régimen de Contribución por Mejoras- Ordenanza Municipal N° 1521.

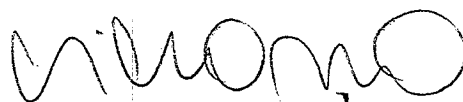
En su Anexo I, Parte III, inciso 29) (modificado por Ordenanza Municipal N° 2227) se establece que para aquellos frentistas escasos de recursos, se debe habilitar un registro de los propietarios que “a juicio de la Municipalidad, no puedan pagar sus contribuciones de la manera establecida” y que “La inclusión en el Registro se hará previo informe socio-económico de cada caso y mediante resolución expresa del Departamento Ejecutivo”

La familia Muñoz posee tres integrantes discapacitados, lo que genera que gran parte de sus ingresos sean dedicados a los tratamientos necesarios para su cuidado, tal como traslados, remedios, estudios médicos.

Según la Ordenanza N° 4116, la familia debería afrontar el pago, lo cual representaría un desajuste en los gastos que afrontan habitualmente por sus respectivas condiciones médicas.

Es por ello que solicitamos se dé curso al proceso descrito en la Ordenanza 1521 a los fines de suspender a la familia Muñoz del pago de los cargos por Pavimentación, iniciando el mismo con el informe socio-económico que corrobore la información aquí sucintamente descripta.

Por lo expuesto, solicito a mis pares su acompañamiento en el siguiente proyecto de Minuta de Comunicación.


Silvio BOCCHICCHIO
Concejal P S P
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

MINUTA DE COMUNICACIÓN

En mi carácter de presidente del Concejo Deliberante de la ciudad de Ushuaia, y por mandato del Cuerpo de concejales, tengo el agrado de dirigirme a al señor Intendente municipal Don Federico Sciurano a los efectos de solicitarle la incorporación de la familia Muñoz, domiciliada en Cabo de Hornos N° 3880 de la Sección L, macizo 51, parcela 16, de la ciudad de Ushuaia, al Registro de frentistas de escasos recursos relación a la Obra de Pavimentación y Cordón Cuneta de los Barrios Bella Vista y Alakalufes I, Ordenanza Municipal N° 4116.

Los integrantes de la familia que ocupan el mencionado domicilio padecen diversas discapacidades, lo cual implica que gran parte de los ingresos familiares deben ser destinados a tratamientos, remedios, estudios médicos, traslados, etc. Estos cargos suelen ser desequilibrantes para una familia cuando cualquiera de sus integrantes debe afrontarlos, por ello, este caso reviste aún mayor delicadeza, dado que tres de sus integrantes padecen inconvenientes médicos.

En estas condiciones, afrontar el pago de la contribución por mejoras representa una carga que resulta gravosa para los recursos familiares.

Es por ello que solicitamos se dé curso al proceso indicado en el inciso 29) de la Parte II del Anexo I de la Ordenanza Municipal N° 1521, y se disponga la realización del informe socio-económico que corrobore este caso para proceder a la suspensión del pago allí prevista.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Silvio BOCCHICCHIO
Concejal P S P
Concejo Deliberante Ushuaia



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
= República Argentina =
MUNICIPALIDAD DE USHUAIA

ES COTTA FISCAL CANCELADA

Miriam E. Farina E.
Jefe Dpto. Despacho Gral
D.L.T. y D.G. - A.L.M.
Municipalidad de Ushuaia

USHUAIA, 27 ABR 2007

VISTO el expediente S.H. N° 9499/2006, del registro de esta Municipalidad; y
CONSIDERANDO:

Que mediante el mismo tramita la solicitud presentada por el señor José Víctor MUÑOZ VERA, D.N.I. N° 18.741.880, en su condición de pensionado, a los fines que se lo exima del pago del impuesto inmobiliario y tasa general por servicios municipales, que recaen sobre el inmueble único identificado catastralmente como sección L, macizo 51, parcela 16, de la ciudad de Ushuaia.

Que el mencionado contribuyente ha cumplido con los requisitos exigidos por esta Municipalidad y se ha procedido a la verificación de la autenticidad de la documentación presentada.

Que la exención del pago del impuesto inmobiliario y la tasa general por servicios municipales a aquellos contribuyentes que se hayan acogido al régimen de jubilaciones y/o pensiones, se encuadra en lo previsto en los artículos 164° inc. d) y 176° inc. 4) de la Ordenanza Fiscal 1507 y sus modificatorias.

Que el suscripto se encuentra facultado para el dictado del presente acto administrativo, en virtud de lo dispuesto en el artículo 152° inc. 1) de la Carta Orgánica Municipal de la ciudad de Ushuaia, en concordancia con los artículos 4° y 91° de la Ordenanza Fiscal vigente.

Por ello:

EL INTENDENTE MUNICIPAL DE USHUAIA

DECRETA

ARTICULO 1°.- Eximir del pago del impuesto inmobiliario y tasa general por servicios municipales, a partir de la cuota 1° del año 2007, al señor José Víctor MUÑOZ VERA, D.N.I. N° 18.741.880, en su condición de pensionado, adjudicatario del inmueble identificado catastralmente como sección L, macizo 51, parcela 16, de la ciudad de Ushuaia, hasta tanto se produzca algún cambio que signifique variar las condiciones que dan lugar al presente. Ello, por los motivos expuestos en el exordio.

ARTICULO 2°.- Notificar al beneficiario del presente con copia autenticada, haciéndole saber que de acuerdo al artículo 26° de la Ordenanza Fiscal vigente está obligada a declarar dentro de los veinte (20) días de producido cualquier cambio que signifique variar las condiciones que dan lugar a la exención. La omisión de la declaración establecida precedentemente, hará pasible al responsable de una multa por incumplimiento de los deberes formales, sin perjuicio de las sanciones que correspondan por evasión y el pago de los gravámenes e intereses adeudados.

ARTICULO 3°.- Comunicar a la Dirección General de Rentas y a quienes corresponda. Dar al Boletín Oficial de la Municipalidad de Ushuaia y archivar.

DECRETO MUNICIPAL N° 536 / 2007.-

s.m.

MONICA S. URQUIZA
Secretaria de Hacienda y Finanzas
Municipalidad de Ushuaia

ING. JORGE R. GARRAMUÑO
Intendente
Municipalidad de Ushuaia

DUPLICADO

Nacido/a el 8/12/50 en Mallín
 Part. o Dpto.: U. de Magallanes Provincia: _____
 Nación: Chile
DOMICILIO:
 Calle: Sec. 1 Mo. Si. Po. 16 N°: _____
 Piso: _____ Dpto.: _____ Monoblock: _____
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio: _____
 Part. o Dpto.: _____ Provincia: T. Fuepo
 Oficina Ident.: 1713
 Identif. el día: 1/6/90 Fecha de expiración: _____
 N° de CUIT o CUIL (si corresponde): _____
 Firma del interesado: [Firma]
 Jefe de la Oficina de Registro Civil Ushuaia

**PARA NATURALIZADOS
ARGENTINOS**

Naturalizado/a el 1 de Junio
 de 1990
 Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado 1º de Inst. de T. Fuepo
 Secretaria Nº al. Jueg. Dr. Oscar Es.
 Sello
 GRACIA MARINA B. PEREYRA
 Jefa de la Oficina de Registro Civil Ushuaia
 Resolución RPT Nº 7198/90
 Firma

-2-

DUPLICADO

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
 CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DÍA: _____

Sello _____
 Firma Jefe Of. Secc. _____

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.
 Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas, de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados, a comunicarse en las oficinas/acciones, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días hábiles siguientes al haberse producido la novedad.
 Ley 17.671.

**MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**
 (Adultos, el hombre o la mujer o de solteros)

NOMBRES MARIA VERA
 SEXO M
 CLASE 1
 D.M. 1950
 NUMERO DE DOCUMENTO 12.71.890
 NACIONALIDAD Argentina

Impresión dígito pulgar derecho

10190104719513

-1-



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

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ushuaia 31/01/2012*

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 cumpla 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	
<i>MUÑOZ VERA JOSE</i>	
D.N.I. N° <i>18.441.880</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle.....N°.....Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....Barrio.....Localidad <i>Ushuaia</i>	
Provincia <i>Tierra del Fuego</i> CP <i>9410</i> Teléfono.....	

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

Saludo a Ud. atentamente.

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Jose Muñoz Vera DNI N° 18.741.980

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

Hipertensión arterial, Gonorrea, Conocimiento limitado. 22/64
Espondilodistrofia

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

Modesto

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

Resumen de historia clínica ☐

Exámenes de laboratorio actualizado ☐

Tratamiento Indicado ☐

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si ☒ No ☐

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si ☐ No ☐

VI. La incapacidad es:

Total ☐
Parcial ☒

Permanente ☒
Temporal ☐

Porcentaje estimado: 64 %
(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico ☒

Mental ☐

Físico y Mental ☐

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor ☒
Viseral ☐

Visual ☐
Auditivo ☒

IX. Si la discapacidad 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 ☐

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico de incapacidad? SI ☐ NO ☒

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI ☒ NO ☐

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años ☒

5 años ☐

10 años ☐

Lugar y fecha: *Ushuaia 31 de enero* de 20*12*

Jorge Luis Olivo
Especialista en Medicina Legal
M.N. N° 91715

Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS OLIVO
M.M.203 M.N.79255
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REG USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

Emilia Castro
Especialista en Medicina Laboral
M.N. 245

Firma del médico actuante

Dra. MAZZOTTA Graciela
Dir. Provincial de Fiscalización
y Regulación Sanitaria A/H

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur.
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Fiscalización Sanitaria

CERTIFICADO N°: 3453

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48 USHUAIA, 19 de ENERO de 2011

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MUÑOZ VERA JOSE VICTOR
DNI-LE-LC-CIN: 18741880 Edad: 60a Sexo: Male
Fecha de nacimiento: 08/12/1950 Estado civil: Casado
Domicilio: Casa de Hornos N° 3880 Localidad: Ushuaia
Provincia: Tierra del Fuego
Causa del daño (diag. final o presuntivo): Lesión degenerativa lumbar, fractura
sin desplazamiento, SDA Hombro derecho

DEFICIENCIA: 70.51 - 71.0 - 71.6

DISCAPACIDAD: 44 - 52 - 52 - 71.1 -

DESVENTAJA: 1.0 - 2.0 - 3.1 -

Apto para actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones:	Puede desarrollar actividades que no demanden el fuerzo de su col lumbar incluyendo laborales		

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., desv.y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente ☒ (válido por 10 años) Temporario ☐ Válido hasta el 19/01/21
Requiere libre estacionamiento SI ☐ NO ☒
Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI ☐ NO ☒
Requiere vehículo adaptado SI ☐ NO ☒

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Firma del Presidente de la Junta Médica: GUILLERMO BROWNE
Firma de la Autoridad Sanitaria: Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 M.M. 565
M. Laboral 6545

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.



G.C.B.A.

PEDIDO DE INTERCONSULTA Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

(Instructivo en Boletín del Día N° 4888)

1) Apellido y nombres:

2) H.C. N°

3) Servicio:

4) Sala:

5) Cama N°

6) PEDIDO DE CONSULTA A

Ropey Judith
MÉDICO Y/O SERVICIO

7) Procedimiento o examen solicitado:

*Resumen de su historia clínica de HTE
benigno (volumen medio/interno)
2007. Refiere cefaleas sin otros
síntomas.*

8) Resumen clínico:

*10/10 y glucosa. Sin trastornos
específicos por el motivo que lleva a la
consulta. Refiere cefaleas de tipo*

9) Fecha

10) Hora

11) Firma del médico consultante y sello aclaratorio

8/2/12

INFORME DE CONSULTA

12) Procedimiento o examen efectuado:

*Dr. MARCELO ACUNA
Médico Neurocirujano
MN 68277*

8/2/12

13) Diagnóstico y recomendaciones:

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº. 1651

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 1º de FEBRERO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: LOPEZ TORRES, JUDITH
DNI - LE - LC - CI Nº * 18.840.084 Edad: Sexo: F
Fecha de nacimiento: 07/07/71 Estado civil:
Domicilio: Localidad: USHUAIA
Provincia: T. DEL FUEGO
Causa del daño (diag. final o presuntivo) DESCONOCIDO

DEFICIENCIA: 21.3 70.64 93.3

DISCAPACIDAD: 4.44 70.6

DESVENTAJA: 3.1 6.5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas	X		
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones: Digo DNI 18.840.084			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y minusvalías)

Validez del certificado:
Permanente ☒ (válido por 10 años) Temporario ☐ Válido hasta el 1/2/2015
Requiere libre estacionamiento SI ☐ NO ☒
Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI ☐ NO ☒
Requiere vehículo adaptado SI ☐ NO ☒

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

MARIO E. MOLINARI
Médico
Mat. Nac. Nº 47.477

Dr. A. C. SAVILSKY
M.N. 63455
Dir. Fiscalización
Sanitaria Zona 2
S.S. Ministerio de Salud

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria



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

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ashuoro 21/4/2011*

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			
<i>Lopez Lopez Judith</i>			
D.N.I. N° <i>18.840.084</i>		C.I. N°	
L.C. N°		L.E. N°	
DOMICILIO PARTICULAR			
Calle <i>Coba de Hornos</i> N° <i>3850</i> Piso.....Dpto.....Entre calle.....y			
Calle.....		Barrio <i>Bello Visto</i>	Localidad <i>Ashuoro</i>
Provincia <i>Glenc del Fuego</i>		CP <i>9410</i>	Teléfono.....

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

Saludo a Ud. atentamente.

[Firma]
Graciela
Especialización
Fiscalización Sanitaria FTM

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Lopez Gomez Judith DMI N° 18.840.084
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

*Obesidad de 3° - Hipotiroidismo secundario de
mollo lenco vacío - Volvulo de derivación*

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

Modestas

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

Resumen de historia clínica ☐

Exámenes de laboratorio actualizado ☐

Tratamiento Indicado ☐

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si ☐ No ☐

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si ☐ No ☐

VI. La incapacidad es:

Total ☐

Parcial ☒

Permanente ☐

Temporal ☐

Porcentaje estimado: *33,4%*

(de incapacidad laboral) *(frente y tras)*

La incapacidad es de orden predominantemente

Físico ☒

Mental ☐

Físico y Mental ☐

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor ☐

Viseral ☒

Visual ☐

Auditivo ☐

IX. Si la discapacidad 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 ☒

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico de incapacidad? SI ☒ NO ☐

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI ☒ NO ☐

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años ☐

5 años ☒

10 años ☐

Lugar y fecha: *Asturo 21 de julio*

de 2011

[Firma]

Especialista en...

M. N. N° 91715

Firma del médico actuante

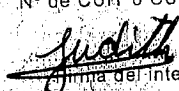
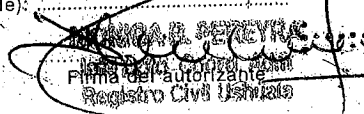
Firma del médico actuante

Firma y sello del Director General

DR. MANRIQUE
AC DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

Dra. MAZZOTTA Graciela
Dir. Provincial de Fiscalización
y Reg. Sanitaria N° 1

Nacido/a el 7, 7, 71 en Punta Arenas
Part. o Dpto.: Provincia:
Nación: Chile
DOMICILIO:
Calle: Cabo de Hornos No: 3880
Piso: Dpto.: Monoblock:
Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:
Part. o Dpto.: Provincia: T. Fuego
Oficina Ident.: 1717
Identif. el día: 10/9/94 Fecha de expiración: / /
Nº de CUIT o CUIL (si corresponde):
 Firma del Interesado
 Firma del autorizante
Registro Civil Ushuaia

Juzgado Fds de Ushuaia T Fuego
Sociedad Valdez S.R.L.
MARCELO CALUETE

Sello
Firma

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS
Naturalizado/a el 8 de Julio
de 2009
Certificado de ciudadanía expedido por el

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DÍA			Firma Jefe Of. Secc.
Sello			
La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad cualquiera fuese su naturaleza y origen. Art. 13 - Ley 17.671. Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales; comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad. Art. 47 - Ley 17.671.			

1258 - 16/20



Lic. Mónica Frola
Directora de Discapacidad
Sub. de Políticas de Formación e Inclusión
Ministerio de Salud T.D.F.

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha.....

Ushuaia

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	
Muñoz Lopez José	
D.N.I. N° 36 452 764	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle. 2da. P. de la 1ra. N° 3880 Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....	Barrio Bella Vista Localidad Ushuaia
Provincia. Tierra del Fuego	CP 9412 Teléfono 445600

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

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 58840 M.M. 563
M. Laboral 6545

Firma y sello del Responsable

Director de Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

MARTÍNEZ LOPEZ JOSE DNI N° 36452464
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

Retraso mental profundo para Buenos Aires.

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

Profundo

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

Resumen de historia clínica ☒

Exámenes de laboratorio actualizado ☒

Tratamiento Indicado ☒

III. Otras enfermedades:

Ninguna otra enfermedad

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si ☒ No ☐

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si ☐ No ☐

VI. La incapacidad es:

Total ☒

Parcial ☐

Permanente ☒

Temporal ☐

Porcentaje estimado: 70 %
(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico ☐

Mental ☒

Físico y Mental ☐

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor ☐

Visual ☐

Viseral ☐

Auditivo ☐

IX. Si la discapacidad 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) Edad: 18 años

SI ☒

NO ☐

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico de incapacidad? SI ☐ NO ☒

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI ☒ NO ☐

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años ☐

5 años ☒

10 años ☐

Lugar y fecha:

Ushuaia 21 julio
Medico
Especialista en Medicina Legal
M.N. N° 91715

Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS OLIVO
DIRECTOR GENERAL
M.M. 203 - M.N. 79255
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

de 20...

ESTEBAN E. CAVALIERE
Médico Rep. Psiquiatría
M.N. 103

Firma del médico actuante

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

1258 - 18/20



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93846 M.M. 505
M. Laboral 6545

27 MAR 2007

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº 1765-

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 09 de JUNIO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MUÑOZ JOSÉ GERARDO
DNI - LE - LC - CI Nº 36.452.767 Edad: 13 años Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 18 / 12 / 91 Estado civil: SOLTERO
Domicilio: CABO DE HORNO 3880 Localidad: USHUAIA
Provincia: TIERRA DEL FUEGO
Causa del daño (diag. final o presuntivo): PASAJEROS DEL APRENDIZAJE Y LA CONDUCTA

DEFICIENCIA: 1/13/2/24/24.0/24.1

DISCAPACIDAD: 1/15/16

DESVENTAJA: 2/3

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales			X
Sociales		X	
Deportivas		X	
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., desv. y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente ☒ (válido por 10 años)

Temporal ☐ Válido hasta el 09/06/2015

Requiere libre estacionamiento SI ☐ NO ☒

Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI ☐ NO ☒

Requiere vehículo adaptado SI ☐ NO ☒

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.

Nacido/a el 19/12/91 en Ushuaia

Part. o Dpto. Provincia: T. Fgo

Nación: Argentina

DOMICILIO:

Calle: Cabo de Hornos N° 3880

Piso: Dpto: Monteblock

Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio: Provincia: T. Fgo

Part. o Dpto:

Oficina Ident: 1714

Identif. el día: 11/4/08 Fecha de expedición:

N° de CUIT o CUIL (si corresponde):

Firma del interesado

Secretaría N°

Juzgado

Certificado de ciudadanía expedido por el

de

Naturalizado/a el de

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Sello

Firma

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:

Sello

Firma Jefe Of. Sec.

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671

MERCOSUR

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD

(el es mujer el de soltera)

NOMBRES

MUNOZ LOPEZ

Jose

Gerardo

SEXO

Varon

CLASE

1681

D.M.

NÚMERO DE DOCUMENTO

26.752.464

NACIONALIDAD

Argentina

13170785755022

Impresión digital

1