

*Concejo Deliberante  
de la Ciudad de Ushuaia*

*Bloque Unipersonal  
Arraigo y Renovación*

*"Donar órganos es donar Vida"*

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	24/04/15 Hs. 12:47
Numero:	316 Fojas: 9
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	<i>[Firma]</i>

Nota N° 23 /2015  
Letra: B.U.A.R- L.C

USHUAIA, 24 de abril de 2015.-

SEÑOR PRESIDENTE

Me dirijo a Ud. a fin de remitirle el Proyecto de Ordenanza que se adjunta, para ser incorporado en el Boletín de Asuntos Entrados de la próxima Sesión Ordinaria, en virtud de la solicitud realizada por la señora Rosa Amelia TORRES MATUS, titular del 18.721.423, que se ha presentado a este Bloque Político con el fin de solicitar un espacio reservado para estacionamiento para persona con discapacidad.

La señora TORRES MATUS, padece una enfermedad crónica, **Coxartrosis a consecuencia de displasia bilateral**, según consta en el certificado de discapacidad, formulado por la autoridad competente, el cual se adjunta a la presente.

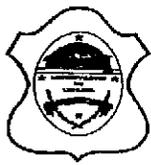
Ante esta situación y teniendo en cuenta las dificultades de movilidad que padece se hace necesario delimitar un espacio para que estacione el vehículo dominio MNP779 frente a su domicilio.

Por lo expuesto solicito el acompañamiento de mis pares para acompañar el proyecto de Ordenanza que se adjunta

Sin otro particular lo saludo atentamente.

*[Firma]*  
LUIS ALBERTO CARDENAS  
Concejal B.U. Arraigo y Renovación  
Concejo Deliberante de Ushuaia

Al Sr. Presidente  
Concejo Deliberante  
de la ciudad de Ushuaia  
Dn. Damián DE MARCO  
S / D.



*Concejo Deliberante  
de la Ciudad de Ushuaia*

*Bloque Unipersonal  
Arraigo y Renovación*

*"Donar órganos es donar Vida"*

## **PROYECTO DE ORDENANZA**

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

ARTICULO 1º.- AUTORIZAR por el término de dos (2) años un espacio reservado entre discos de SIETE (7) metros con la leyenda "Estacionamiento Reservado para Persona con Discapacidad", sobre la calle Pastor Lawrence 747, residencia de la señora TORRES MATUS, Rosa Amelia, Titular del DNI 18.721.423.

ARTICULO 2º.- INSTRUIR a la Secretaria 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.

ARTICULO 4º.- REGISTRAR. Pase al Departamento Ejecutivo Municipal para su promulgación. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación. Archívese.

**ORDENANZA MUNICIPAL Nº \_\_\_\_\_ /2015.-**

**DADA EN SESION ORDINARIA DE FECHA:**

  
**LUIS ALBERTO CARDENAS**  
Bloque B.U. Arraigo y Renovación  
Concejo Deliberante de Ushuaia



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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

*ROSA AMELIA TORRES MATUS DHTM 18.421.423*  
.....  
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

*Diploma congénito de codo con lesión completa del  
Neurocráneo y porción del cráneo.*  
.....

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

*Severo*  
.....

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

*Hipertensión arterial Diabetes Hipertensión Osteoporosis*  
.....  
(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  Permanente  Porcentaje estimado: *70* %  
Parcial  Temporaria  (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)

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: *Ashburn 17 de mayo*

de 20*12*

*Dr. Alberto Medina Flores*  
Especialista en Medicina Legal  
M.P.: M.M. 11715

Firma del médico actuante

*RUBEN O. SANTOS*  
Med. Generalista y Laboral  
M.P.: M.M. 117

Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS CLARO  
M.M. 203 M.N. 79255  
DIRECTOR GENERAL  
HOSPITAL RES. MALVINAS  
Firma y sello del Director del Hospital

*Dra. MAZZOTTA Graciela*  
Dir. Provincial de Fiscalización  
Regulación Sanitaria A/H  
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

## CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha *Ushuaia el 7 de febrero 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 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>TORRES MARTOS ROSA</i>	
D.N.I. N° <i>18.421.423</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <i>Av. Goussier</i> N° <i>447</i> . Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....	Barrio.....Localidad <i>Ushuaia</i>
Provincia <i>TDF</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.

*Dra. MAZZOTTA Graciela*  
Dir. Provincial de Fiscalización  
y Regulación Sanitaria AH

Firma y sello del Responsable  
Director de Fiscalización Sanitaria



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,  
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.

00101575-9

CERTIFICADO N°: ARG-01-00018721423-20110909-20210909-FGO-285

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

**APELLIDO Y NOMBRES:** TORRES MATUS ROSA AMELIA

**TIPO Y NRO DOC.:** D.N.I. - F - 18721423

**N° CUIT/CUIL:** -----

**F/NACIMIENTO:** 06/3/1954

**DIAGNOSTICO:**

Coxartrosis a consecuencia de displasia, bilateral

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL:**

**FUNCIONES CORPORALES:** b7101.3 b2801.3 b7151.3

**ESTRUCTURAS CORPORALES:** s75001.363

**ACTIVIDAD / PARTICIPACION:** d510.23 d630.24 d460.23 d9203.01 d710.11 d5702.00 d5402.33 d2100.23 d7701.11  
d465.23 d7600.11 d177.01 d420.23 d2408.11 d6605.11 d230.12 d8708.12 d6108.13

**FACTORES AMBIENTALES:** e120.+3 e315.+4 e355.+4 e1101.+4 e1151.+3 e2100..4 e5701.+4 e310.+4

**ORIENTACION PRESTACIONAL:**

- REHABILITACION.- TRANSPORTE

**VENCIMIENTO:**

**El presente certificado tiene validez hasta el:** 09/9/2021

*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

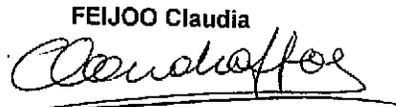
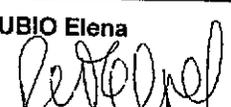
**LUGAR Y FECHA DE EMISION:**

**Lugar:** Ushuaia

**Fecha emisión:** 09/9/2011

**EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:**

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<p>TIMINO Miguel Angel</p>  <p>Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello</p>	<p>FEIJOO Claudia</p>  <p>Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello</p>	<p>RUBIO Elena</p>  <p>Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello</p>



9281065310

Para constatar la veracidad de este certificado  
consulte la página WEB: [www.discapacidad.gov.ar](http://www.discapacidad.gov.ar)

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO  
CUMPLE LOS 18 AÑOS, EL DIA:

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 la 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.

DOCUMENTO NACIONAL DE  
IDENTIDAD DE:

**TORRES MATOS**  
Apellidos (si es mujer el de soltera)  
**Rosa Amelia**  
Nombre

1954 N° 18.421.423

Sexo: **MUJER** D. N.:

(tachar si no corresponde)



Impresión dígito  
por derecho

Firma del interesado

PARA NATURALIZADOS  
ARGENTINOS

Nacido/a el 6 de Marzo  
de 1954 en Castro  
Part. o Depto. \_\_\_\_\_  
Provincia Chiloe  
Nación Chile  
C. I. N° \_\_\_\_\_  
Expedida por \_\_\_\_\_

DOMICILIO

Calle Pastor Lawrence  
N° 747  
Ciudad Ushuaia  
Part. o Depto. \_\_\_\_\_  
Provincia Tierra del Fuego A e I.A.S.  
P. Secc. Id. N° 1717  
Juzgado el día 20 / 12 / 88



Naturalizado/a el 19 de Diciembre  
de 1988

Certificado de ciudadanía expedido por el  
Juzgado Federal de Ushuaia T.N.  
Tierra del Fuego A e I.A.S.

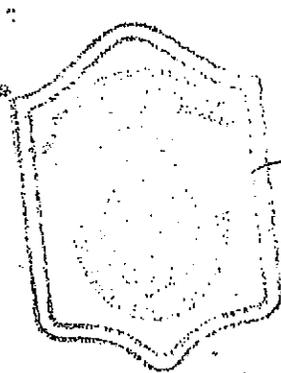


CATALINA M. REYES VITE  
ANALISTA PRINCIPAL (C. I.)

ANALISTA PRINCIPAL (C. I.)

CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES:

copiada DEL ORIGINAL



Sgto. Primero AGLIERI Ethel  
Policía Provincial

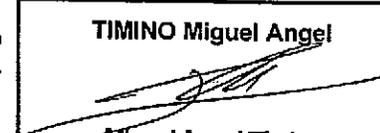
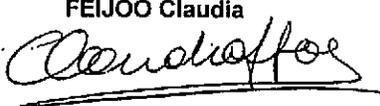


PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,  
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.

CERTIFICADO N°: ARG-01-00018721423-20110909-20210909-FGO-285

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

<b>APELLIDO Y NOMBRES:</b> TORRES MATUS ROSA AMELIA		
<b>TIPO Y NRO DOC.:</b> D.N.I. - F - 18721423		
<b>N° CUIT/CUIL:</b> -----	<b>F/NACIMIENTO:</b> 06/3/1954	
<b>DIAGNOSTICO:</b> Coxartrosis a consecuencia de displasia, bilateral		
<b>DIAGNOSTICO FUNCIONAL:</b> <b>FUNCIONES CORPORALES:</b> b7101.3 b2801.3 b7151.3		
<b>ESTRUCTURAS CORPORALES:</b> s75001.363		
<b>ACTIVIDAD / PARTICIPACION:</b> d510.23 d630.24 d460.23 d9203.01 d710.11 d5702.00 d5402.33 d2100.23 d7701.11 d465.23 d7600.11 d177.01 d420.23 d2408.11 d6605.11 d230.12 d8708.12 d6108.13		
<b>FACTORES AMBIENTALES:</b> e120.+3 e315.+4 e355.+4 e1101.+4 e1151.+3 e2100..4 e5701.+4 e310.+4		
<b>ORIENTACION PRESTACIONAL:</b> - REHABILITACION.- TRANSPORTE		
<b>VENCIMIENTO:</b> <b>El presente certificado tiene validez hasta el:</b> 09/9/2021		
El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.		
<b>ACOMPANANTE:</b> "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante." <b>Acompañante:</b> SI		
<b>LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:</b> <b>Lugar:</b> Ushuaia <b>Fecha emisión:</b> 09/9/2011		
<b>EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:</b> Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia		
<b>PROFESIONAL</b> TIMINO Miguel Angel  Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<b>PROFESIONAL</b> FEIJOO Claudia  Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<b>PROFESIONAL</b> 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](http://www.discapacidad.gov.ar)

9281065310



REPUBLICA ARGENTINA  
VICARIO UNICO  
DISCAPACIDAD



9281065310

**NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

ARG-01-00018721423-20110809-20210909-FGO-285

FECHA EMISION	FECHA VTO	ACOMPAÑANTE
09/9/2011	09/9/2021	SI
<b>PROFESIONAL</b> TIMINO Miguel Angel	<b>PROFESIONAL</b> FEIJOO Claudia	<b>PROFESIONAL</b> RUBIO Elena
Angel Timino Médico M.P. N° 367 Junta Evaluadora T.D.F.	Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F.	Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F.



**ACCU-CHEK® PLUS**  
Programa  
Accu-Chek Member Chip



Nombre: ROSA TORRES MATUS

Tel.: 02901-444344

N° Member Chip: 84203



Diagnostics

ACCU-CHEK

With Vista Libremerca



00101575-9

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Ley N° 22.431

GOBIERNO DE USHUAIA (112) 8 10201  
AUTORIDAD ADMINISTRATIVA LOCAL

APELLIDO TORRES MATUS

NOMBRES ROSA AMELIA

D.N.I. - F - 19721423

06/03/1954

TIPO/NRO DOCUMENTO

FECHA NACIMIENTO

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

EMITIDO POR

Migue

Junta E

**S.O.S. DIABETES**

Rochas

**No estoy embriagado - No estoy intoxicado**

Si me encuentran inconsciente o si mi comportamiento les resulta extraño puede tratarse de un efecto producido por una dosis excesiva de insulina o de una reacción asociada con la diabetes o su tratamiento.

**ACTUE RAPIDAMENTE**

Si puedo tragarme azúcar disuelta en agua, jugo de frutas o otras bebidas azucaradas y por favor llamen a mi médico o lléveme **INMEDIATAMENTE** al hospital más cercano. GRACIAS