



*Concejo Deliberante  
de la Ciudad de Ushuaia*

BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO  
CONCEJAL DAMIAN ALEJANDRO DE MARCO

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	21/08/15 Ho. 11:01
Numero:	537 Fojas: 7
Expte. N°	101/2014
Girado:	
Recibido:	<i>[Signature]</i>

NOTA N° 161 /2015  
LETRA: BMPF - DAD

Ushuaia, 20 de Agosto de 2015.-

**Señora Secretaria  
Concejo Deliberante  
de la Ciudad de Ushuaia  
Dña. NOELIA BUTT.**

**S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D.**

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Usted, a efectos de remitirle el siguiente proyecto de ORDENANZA, para que el mismo sea incorporado y tratado en la Sesión Ordinaria prevista para el día 26 de Agosto de 2015, en virtud de los siguientes fundamentos.

Recibimos en nuestra Institución la solicitud del señora VERA Estela Maria DNI 11.085.390, para que intercedamos ante el Departamento Ejecutivo Municipal y requerir la demarcación de un espacio reservado entre discos para personas con Discapacidad frente a su domicilio sito en calle Bahia Ushuaia N° 3165 de nuestra ciudad, ya que debido a su discapacidad se le hace sumamente complicado poder desplazarse con normalidad.

Por lo manifestado, solicito el acompañamiento de mis pares en la aprobación de la siguiente Ordenanza.

*[Signature]*  
DAMIAN DE MARCO  
Concejal M.P.F.  
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante  
de la Ciudad de Ushuaia*

BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO  
CONCEJAL DAMIAN ALEJANDRO DE MARCO

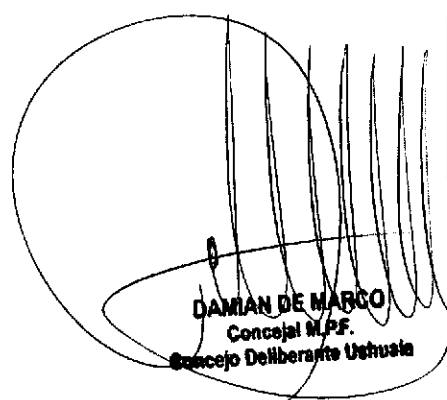
EL CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA  
PROYECTO DE ORDENANZA

ARTICULO 1º.- AUTORIZAR por el término de dos (2) años un espacio reservado entre discos de siete (7) metros con la leyenda "Estacionamiento Reservado Persona con Discapacidad", sobre la calle Bahía Ushuaia N° 3165 de nuestra ciudad, residencia de la del señora VERA Estela Maria DNI 11.085.390

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

ARTÍCULO 3.- EXCEPTUÁR 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 (Ordenanza Municipal 3501).

ARTÍCULO 4 .- REGISTRAR. Pasar al Departamento Ejecutivo Municipal para su Promulgación. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHIVAR.



DAMIAN DE MARCO  
Concejal M.P.F.  
Concejo Deliberante Ushuaia

421796  
INT 125.

CONSEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	08/07/15 Hs. 15:00
Numero:	4551
Fojas:	4
Expte. N°	
Girado:	
Revisado:	

USHUAIA, 08 de Julio de 2015.-

Atte.

Señores Concejales  
CONSEJO DELIBERANTE  
DE LA CIUDAD DE USHUAIA

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. A los fines de solicitarles puedan considerar la posibilidad de acceder a la autorización de la colocación de un cartel de estacionamiento para discapacitados, en el domicilio en el cual resido (Bahía Ushuaia 3165) desde ya hace más de 6 años.

La razón de dicha solicitud deviene a que me encuentro discapacitada para poder movilizarme en forma independiente, dado que la patología que padezco (Visión subnormal de ambos ojos – Tumor benigno de la hipófisis), hacen que tenga deficiencia en la visión y que este propensa a tener caídas y golpes, si no estoy en compañía de alguien que me ayude (que por lo general es mi esposo). En relación a ello y considerando las reiteradas nevadas y escarchas que estamos viviendo en este invierno y que han traído como consecuencia la imposibilidad de poder estacionar con el vehículo de mi marido en la vereda de mi hogar, dado que muchas veces es ocupada por otros vehículos, y que esto mismo hace que nuestro rodado sea estacionado en otras veredas y por ello tenga que volver caminando poniendo en riesgo mi integridad física, no solo por mi enfermedad sino también por la edad avanzada que tengo, les imploro puedan mediante los procedimientos administrativos que sean necesarios, autorizar u ordenar, la colocación del cartel mencionado en el párrafo anterior.

En relación a los precedentemente expuesto y apelando a su buena predisposición, les hago llegar mis más gratos saludos y asimismo agradecerles por el tiempo que se han tomado para leer mi petición.

Los saluda muy atte.

ADJUNTO: \*Copia simple de certificado de discapacidad.

\*Copia simple certificado de fiscalización sanitaria.

\*Copia simple de DNI.

Estela M. Vera

ESTELA M. VERA

DNI: 11.085.390

Cel.: 2901-15403255

DAMIAN DE MARCO  
Concejal M.P.F.  
Consejo Deliberante Ushuaia





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

**CERTIFICADO MEDICO OFICIAL**

Lugar y Fecha. *Ushuaia, 03/12/14*

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:

APPELLIDOS Y NOMBRES DE LA SOLICITANTE

*Vera Estelz María*

D.N.I. N° *11.085.390* C.I. N°

I.C.N. N° L.E. N°

DOMICILIO PARTICULAR

Calle *B. Ushuaia* N° *3165* Piso..... Dpto..... Entre calle.....

Calle..... Barrio..... Localidad... *Ushuaia*

Provincia *TDF* CP *9410* Teléfono... *15403255*

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

Saludo a Ud. atentamente.

*[Handwritten Signature]*  
**DANIAN DE MARCO**  
Concejal M.P.F.  
Concejo Deliberante Ushuaia

*[Handwritten Signature]*  
María Eugenia Marandino  
SECRETARIA  
Dirección de Fiscalización Sanitaria  
S.S.P.S. - M.S.  
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 Padrón de Médicos autorizados por este Servicio a:

Vera Estela Moriz

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Visión Subnormal bilateral secundaria de tumor de hipófisis - Cardiopatía Hipertensiva - Hiposonía leve

II. Indicar otros trastornos clínicos de la misma:

Visión "en tubo" bilateral -

Trastornos de la memoria

Al presente certificado médico deberá adjuntarse:

- Presencia de historia clínica
- Resultados de laboratorio actualizados
- Exámenes de laboratorio actualizados

III. Otros datos de interés:

(Detallar tiempo 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 desarrollo acorde a la edad? SI  NO

VI. La incapacidad es:

Parcial  Permanente   
Total  Temporal

Porcentaje estimado: 68 %  
(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   
Visceral  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). 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, 3 de Diciembre de 2014

Italo Adrián Colla

Esp. en Traumatología -  
Medicina del Trabajo HRU  
M.N. 100757 - M.M. 463

Firma del médico actuante

José F. Lopez  
Director Médico  
Hospital Regional Ushuaia  
M.N. 80844

Firma y sello del Director de Hospital

RUBEN O. SANTOS  
Med. Generalista y Laboral  
M.M. 119

Firma del médico actuante

María Eugenia Marandino  
DIRECTORA  
Dirección de Fiscalización Sanitaria  
S.S.P.S. - U.S.

Firma y sello de la Dirección de Fiscalización Sanitaria

DAMIAN DE MARCO  
Concejal M.P.F.

Consejo Deliberante Ushuaia



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

CERTIFICADO N° ARG-01-00011085390-20141125-20241125-FGO-285

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

**VERA ESTELA MARIA**

**D.N.I. - F - 11085390**

**01/21/1955**

**DIAGNOSTICO:** Visión subnormal de ambos ojos Tumor benigno de la hipófisis

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL:**  
**FUNCIONES CORPORALES:** b2101.3 b2100.3 b21020.2

**ESTRUCTURAS CORPORALES:** s1103.343

**ACTIVIDADES PARTICIPACIONES:** d2102.22 d4601.24 d110.34 d4502.24 d3601.11 d166.34 d630.23 d870.13 d640.34 d510.23 d170.34 d520.23 d2301.13 d345.34 d839.01 d4503.24 d315.34

**FACTORES AMBIENTALES:** e2450..3 e1261.+3 e360.+3 e1201.+3 e5801.+3 e1101.+3 e310.+4 e210..3 e6800.+3 e320.+3 e240..3

**ORIENTACION PRESTACIONAL:**  
- REHABILITACION - PRESTACIONES EDUCATIVAS

**VENCIMIENTO:**  
El presente certificado tiene validez hasta el: **25/11/2024**

**ACOMPANANTE:**  
En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el presente certificado también cubre al acompañante. Acompañante: **SI**

**LUGAR Y FECHA DE EMISION:**  
Ushuaia **25/11/2014**

**EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:**  
Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<b>TIMINO Miguel Angel</b>  Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 354 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<b>MARURI FOSS Maria Alejandra</b>  M. Alejandra Maria Foss Lic. en Psicología M.P. N° 128 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<b>SOSA Milton Nelson</b>  Milton - Sosa Lic. en Trabajo Social M.P. T.S. N° 991 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello

**DAMIAN DE MARCO**  
Concejal M.P.F.  
Concejo Deliberante Ushuaia



5607120239

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