

31/08/2016

Señor presidente, Del consejo deliberante de Ushuaia, JUAN CARLOS PINO.

El que suscribe ,HECTOR FELIPE MECINA , DNI 16.669.558 domiciliado en la 2 de abril ,63 BARRIO PARQUE de esta ciudad el motivo de la presente es solicitarle a este consejo ,la excepción del impuesto al automotor por considerarme una persona discapacitado .adjunto a esta copias ,santificado médico ,oficial

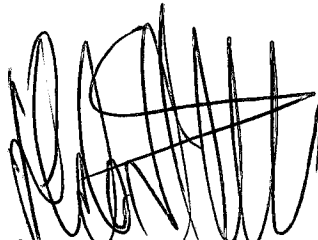
“ “ “ “ , “ del automotor de dominio del que soy titular

Copias DNI,

“ , Libre deudas, dirección general de rentas municipales

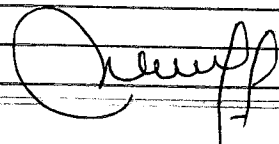
“ “ , juzgado de falta “

Sin más saludo até,



HECTOR. F.MECINA

TE.1561-0704

CONCEJO DELERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	31/08/16 Hs. 10:57.
Numero:	1345 Fojas: 8
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	

Titular Desde: 01/08/2016
Estipulacion Terceros: No

Adquisicion: A Titulo oneroso
Titular de Radicacion: Si

CEDULA

Nro Cedula: ADR49151 Fecha de Emision: 01/08/2016 Fecha de Vencimiento: 01/08/2017

PRENDADO

Acreeedor Prendario: PLAN OVALO S.A. DE AHORRO P. FIN DETERMINADOS

Prenda en Grado: 1 Cuit: 30-58404274-1 Solicitud Tipo 03: 08704774
Calle: AV. HENRY FORD Nro: 3295 Piso: Dpto:
Localidad: RICARDO ROJAS Provincia: BUENOS AIRES Codigo Postal: 1610
Fecha de Contrato Original: 25/07/2016 Cuotas: 50 Fecha de Inscripcion: 01/08/2016
Fecha de Reinscripcion: --/--/-- Ajuste: No Monto: \$ 161477,5

DEUDOR

Tipo de Documento: D.N.I. Documento: 16669558
Cuit: 23-16669558-9
Nombre: MECINA HECTOR FELIPE

Debera grabar cristales DN: 850/80

DATOS COMPLEMENTARIOS

01/08/2016 AFECTADO LEY 19640-

INFORMACION SUMINISTRADA POR EL REGISTRO SECCIONAL EMISOR Nro. 24002 - USHUAIA N° 1, situado en la calle SAN MARTIN Nro. 1271, Piso: 1 Depto. , con fecha 01/08/2016.

ROBERTO A. CHANE
INTERVENTOR
REG. AUT. MOTOVEH. MAV/CP

Firma y Sello

Titular Desde: 01/08/2016

Adquisicion: A Titulo oneroso

Estipulacion Terceros: No

Titular de Radicacion: Si

CEDULA

Nro Cedula: ADR49151

Fecha de Emision: 01/08/2016

Fecha de Vencimiento: 01/08/2017

PRENDADO

Acreedor Prendario: PLAN OVALO S.A. DE AHORRO P. FIN DETERMINADOS

Prenda en Grado: 1

Cuit: 30-58404274-1

Solicitud Tipo 03: 08704774

Calle: AV. HENRY FORD

Nro: 3295 Piso: Dpto:

Localidad: RICARDO ROJAS

Provincia: BUENOS AIRES

Código Postal: 1610

Fecha de Contrato Original: 25/07/2016

Cuotas: 50

Fecha de Inscripcion: 01/08/2016

Fecha de Reinscripcion: --/--/--

Ajuste: No

Monto: \$ 161477,5

DEUDOR

Tipo de Documento: D.N.I.

Documento: 16669558

Cuit: 23-16669558-9

Nombre: MECINA HECTOR FELIPE

Deberá grabar cristales DN: 850/80

DATOS COMPLEMENTARIOS

01/08/2016 AFECTADO LEY 19640-

INFORMACION SUMINISTRADA POR EL REGISTRO SECCIONAL EMISOR Nro. 24002 - USHUAIA N° 1, situado en la calle SAN MARTIN Nro. 1271 Piso: 1 Depto. , con fecha 01/08/2016.

ROBERTO A. CHALE
INTERVENTOR
REG. AUT. MOTOVEN. MAVLY CP

Firma y Sello

Provincia de Tierra del Fuego.
Antártida e Islas de Atlántico Sur.
República Argentina.
MUNICIPALIDAD DE USHUAIA.
Dirección General de Rentas.



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
Municipalidad de Ushuaia

CONSULTA SOBRE SITUACION FISCAL

En fecha: 17/08/2016 se consulta a la Dirección General de Rentas Municipal sobre la situación fiscal de tasa a las Actividades Comerciales del Contribuyente: documento D-0016669558
MECINA, HECTOR FELIPE

.....
.....
.....
Informándose que: el Contribuyente no posee actividad comercial.
.....
.....
.....

Informo:

Gecilia-Natalia DURAN
Administrativa Leg. 3256
Dirección Gral. de Rentas
Municipalidad de Ushuaia

PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR
REPÚBLICA ARGENTINA
JUZGADO ADMINISTRATIVO
MUNICIPAL DE FALTAS
USHUAIA - 25 de mayo 151
C.P. 9410 - TE. 02901-423665
www.jamf-ushuaia.gov.ar

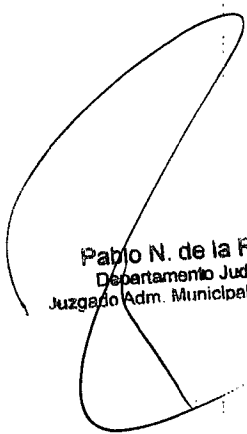
CONSTANCIA

Se deja constancia que MECINA HECTOR FELIPE D.N.I N° 16669558 no registra Causas en trámite ante este Juzgado Administrativo Municipal de Faltas, habiendo suscripto Planes de Pago N° 51588/2016 , 51749/2016, 51752/2016, con la Dirección General de Rentas Municipal, con fecha 29/07/2016, 16/08/2016, 17/08/2016 por multas impagas impuestas oportunamente.

Se extiende la presente a solicitud del interesado para ser presentado ante quien corresponda.

LA PRESENTE UNICAMENTE SERA VÁLIDA POR 30 DÍAS CORRIDOS, PORTANDO ADJUNTO EL RESPECTIVO COMPROBANTE DE PAGO EMITIDO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE RENTAS MUNICIPAL.

Ushuaia, 22/08/2016


Pablo N. de la Rosa
Departamento Judicial
Juzgado Adm. Municipal de Faltas



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

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Ushuaia, 01/09/2015

Sr Director del Hospital

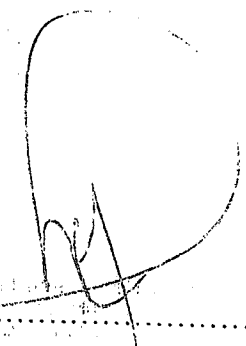
De mi mayor consideración:

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:

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA SOLICITANTE	
MECENA MECTOR	
D.N.I. N°	26.669.578 C.I.N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle: 2 de Abril 63	N° Piso: Dpto:
Barrio: ...	Localidad: Ushuaia
Provincia: TDF	CP: 9412 Telefono: 15670704

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

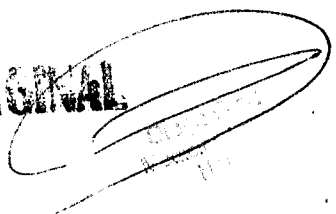
Saludo atentamente.



Firma y sello del Responsable

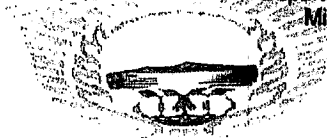
Dirección de Fiscalización Sanitaria

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Tec. Adm. Carina AGUILERA
Departamento Discapacidad
Ministerio de Salud

00671269-2



MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO N°:

ARG-02-00016669558-20150806-20250806-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: MECINA HECTOR FELIPE	TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 16669558	N° CUIT/CUIL:	FNACIMIENTO: 15/04/1964
---	---	----------------------	--------------------------------

DIAGNOSTICO: Amputacion traumatica de dos o mas dedos solamente (completa)(parcial) Hemangioma, de cualquier sitio

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES: b729.4 b789.4 b7308.4 b270.3 b265.3 b820.3 b830.2 b810.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s73028.421 s8102.371

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d8708.23 d2302.23 d445.23 d440.34 d570.23 d430.23 d650.23 d2101.23 d520.23

FACTORES AMBIENTALES: e325.+3 e5502.+3 e5800.+3 e425.+3 e5702.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:

- REHABILITACION

VENCIMIENTO: 06/8/2025

El presente certificado tiene validez hasta el:

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: NO

LUGAR Y FECHA DE EMISION

Lugar: Ushuaia Fecha emisión: 06/8/2015

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

PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina <i>Silvia Doray</i> Médica M.P. N° 64587 - M.P. N° 017 Junta Evaluadora T.D.F.	PROFESIONAL BASSOTTI Ricardo Domingo <i>Ricardo Bassotti</i> Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 49 Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina <i>Alicia Cristina VEGA</i> Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello
--	--	--

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

<p>00671269-2 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431</p>		<p>7446139118</p>							
<p>APELLIDO MECINA</p> <p>NOMBRES HECTOR FELIPE</p> <p>TIPO/NRO DOCUMENTO D.N.I. - M - 16669558</p> <p>FECHA NACIMIENTO 15/04/1964</p> <p>Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia</p> <p>EMITIDO POR</p>		<p>CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD</p> <p>NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-02-00016669558-20150806-20250806-FGO-285</p> <table border="1"> <tr> <td>FECHA EMISION 06/8/2015</td> <td>FECHA VTO 06/8/2025</td> <td>ACOMPAÑANTE NO</td> </tr> <tr> <td>PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina <i>Silvia Doray</i> Médica M.P. N° 64587 - M.P. N° 017 Junta Evaluadora T.D.F.</td> <td>PROFESIONAL BASSOTTI Ricardo Domingo <i>Ricardo Bassotti</i> Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 49 Evaluadora T.D.F.</td> <td>PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina <i>Alicia Cristina VEGA</i> Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F.</td> </tr> </table>		FECHA EMISION 06/8/2015	FECHA VTO 06/8/2025	ACOMPAÑANTE NO	PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina <i>Silvia Doray</i> Médica M.P. N° 64587 - M.P. N° 017 Junta Evaluadora T.D.F.	PROFESIONAL BASSOTTI Ricardo Domingo <i>Ricardo Bassotti</i> Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 49 Evaluadora T.D.F.	PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina <i>Alicia Cristina VEGA</i> Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F.
FECHA EMISION 06/8/2015	FECHA VTO 06/8/2025	ACOMPAÑANTE NO							
PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina <i>Silvia Doray</i> Médica M.P. N° 64587 - M.P. N° 017 Junta Evaluadora T.D.F.	PROFESIONAL BASSOTTI Ricardo Domingo <i>Ricardo Bassotti</i> Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 49 Evaluadora T.D.F.	PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina <i>Alicia Cristina VEGA</i> Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F.							



Provincia de tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
= República Argentina =
MUNICIPALIDAD DE USHUAIA
Dirección General de Rentas

"Donar órganos es donar vida"
"1904-2014. 110 Años de Presencia Ininterrumpida en la Antártida Argentina"
"2014- Año de Homenaje al Almirante Guillermo Brown, en el Bicentenario del Combate Naval de Montevideo"

SOLICITUD DE EXENCION DEL IMPUESTO AUTOMOTOR

USHUAIA,

17 AGO 2016

MUNICIPALIDAD DE USHUAIA Div. M.E. y S.S.C.	
NOTA REGISTRADA N°	03240
FECHA	17/08/16 HORA 13 ⁰⁰
RECIBIDO POR	Rodriguez

MUNICIPALIDAD DE USHUAIA
DIRECCION GENERAL DE RENTAS
S _____ / _____ D.-

Me dirijo a usted, a los efectos de solicitarle, se me conceda el beneficio de la eximición del Impuesto Automotor, de acuerdo a la Ordenanza Fiscal N° 3500, por estar acogido al beneficio, dejando constancia con carácter de declaración jurada, que el vehículo automotor de mi propiedad Dominio _____, es para mi uso exclusivo, como así también que mis ingresos y los de mi grupo familiar conviviente, no superan el monto máximo establecido en la Ordenanza Vigente.

SOLICITANTE: Hector Medina

ESTADO CIVIL: SOLTERO

DOCUMENTO: Nir 14668 558

TIPO:

DOMICILIO: 2 de Abril 63

APELLIDO Y NOMBRE DEL CONYUGE:

DOMINIO:

NOMBRE Y APELLIDO	VINCULO	OCUPACION E INGRESOS

Se adjunta a la presente la siguiente documentación, en original y copia:

- TITULO DE PROPIEDAD DEL AUTOMOTOR DONDE CONSTE QUE EL MISMO ES DESTINADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- ULTIMO RECIBO DE HABERES DEL TITULAR Y GRUPO FAMILIAR SI ASI CORRESPONDIERE.-
- CARNET DE AFILIADO.
- DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DEL TUTOR Y DEL TITULAR.
- CERTIFICADO DE SITUACION FISCAL REGULAR DE LA D.G.R.
- LIBRE DEUDA DEL JUZGADO MUNICIPAL DE FALTAS DEL TITULAR.
- CETIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE EXTENDIDO POR LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA PROVINCIA O NACIONAL
- OTROS:

FIRMA: Hector Medina
ACLARACION: Hector Medina
TELEFONO: 1561-0764
CELULAR: _____