

Ushuaia, 26 de Octubre 2016. -

Honorable Consejo Deliberante de la ciudad de Ushuaia.

De mi mayor Consideración:

Por la presente me dirijo a Uds. y por su digno intermedio a quien corresponda, a los efectos de exponer lo siguiente:

En el día de la fecha me presenté en la Municipalidad solicitando la eximición de los tributos municipales del único inmueble que poseo y habito, pero la documentación no me fue recibida, ya que aún no poseo pensión alguna, exceptuando el plan Red-sol, que consiste en una ayuda de dos mil (\$ 2.000) por mes.

Demás está decirle que precisamente es ese el motivo que me lleve a solicitar tal beneficio. Así mismo deseo poner en su conocimiento que poseo libre de deuda de dichos tributos, ya que antes de empeorar de salud pagaba mis impuestos por adelantado cada año, incluido el año en curso.

Informo a Uds. que el trámite de solicitud de pensión se encuentra en trámite.

En este acto acompaño a la presente fotocopias del Certificado de Discapacidad y del Certificado Médico Oficial que acredita un 78,5 % de Incapacidad Laboral.

Sin otro particular y a la espera de una solución a mi problema los saludo con consideración.

Hte.

ALBA GLADIS SOTO
DNI 16331522
CEL. 1549.5229

CONCEJO DELIBERANTE Ushuaia	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 26/10/16 Hs. 13:16	
Numero: 1735	Fojas: 4
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

Ushuaia, 26 de Octubre 2016.

Municipalidad de Ushuaia
Direc. General de Rentas

De mi mayor consideración:

Por la presente me dirijo a Uds. a los efectos de solicitar el beneficio de la reducción en el pago de los servicios inmobiliarios y tasas del inmueble ubicado en: "Constitución Fueguina 874 T. 7 P. 2° DTO. 5, del barrio 300 VIV. C.P. 9410", de la cual soy titular desde el año 1.996 a la fecha.

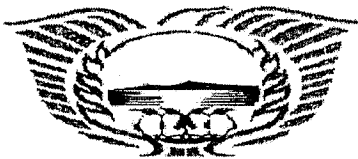
Motiva la presente petición, razones de salud que me dejaron incapacitada para seguir trabajando.

Razón por la cual y en un todo de acuerdo con los decretos provinciales N° 1558/92 y 1726/93, adjunto a la presente toda la documentación por Uds. requerida, incluyendo el certificado de discapacidad y el certificado médico oficial que acredita el porcentaje de discapacidad que me afecta.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable lo saluda con consideración.

Atte.


ALBA B. SOTO
DNI. 16331522
CEL. 1549.5229



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

CERTIFICADO N°:

ARG-01-00016331522-20160825-20260825-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

00671685-2

APELLIDO Y NOMBRES: SOTO ALBA GLADIS

TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 16331522

N° CUIT/CUIL:

F/NACIMIENTO: 24/11/1961

DIAGNOSTICO:

Insuficiencia respiratoria crónica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES: b440.3 b445.2 b455.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s430.370

ACTIVIDAD / PARTICIPACION:

d510.23 d540.23 d4500.23 d2302.23 d240.33 d570.33 d870.33 d845.33 d430.23
d9205.23 d640.33

FACTORES AMBIENTALES:

e5750.+1 e5800.+3 e1101.+2 e410.+3 e310.+3 e225..3 e2100..3 e355.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:

- PRESTACIONES DE REHABILITACION

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el: 25/8/2026

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

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: 25/8/2016

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL

DORAY Silvia Cristina

Silvia Doray
Médica

M.N. N° 64597 - M.P. N° 917
Junta Evaluadora T.D.F.

Firma y sello

PROFESIONAL

BASSOTTI Ricardo
Domingo

Ricardo D. Bassotti
Lic. en Psicología
M.P. N° P.S. 49
Junta Evaluadora T.D.F.

Firma y sello

PROFESIONAL

VEGA Alicia Cristina

Alicia Cristina VEGA
Lic. en Trabajo Social
M.P. N° 180
Junta Evaluadora - TDF

Firma y sello



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431

APELLIDO

SOTO

NOMBRES

ALBA GLADIS

D.N.I. - F - 16331522

24/11/1961

TIPO/NRO DOCUMENTO

FECHA NACIMIENTO

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

EMITIDO POR



CERTIFICADO UNICO
DE DISCAPACIDAD



7050888461

NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ARG-01-00016331522-20160825-20260825-FGO-285

FECHA EMISION
25/8/2016

FECHA VTO
25/8/2026

ACOMPANANTE
SI

PROFESIONAL
DORAY Silvia
Cristina

Silvia Doray
Médica

M.N. N° 64597 - M.P. N° 917
Junta Evaluadora T.D.F.

PROFESIONAL
BASSOTTI Ricardo
Domingo

Ricardo D. Bassotti
Lic. en Psicología

M.P. N° P.S. 49
Junta Evaluadora T.D.F.

PROFESIONAL
VEGA Alicia Cristina

Alicia Cristina VEGA
Lic. en Trabajo Social

M.P. N° 180
Junta Evaluadora - TDF



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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

SOTO ALBA GLADIS
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

EPOC SEVERO

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

ESTADIO IV

F33.1 NO HA SIDO CONSIDERADO A LOS FINES PREVISIONALES
Al presente certificado médico deberá adjuntarse
Resumen de historia clínica ☐
Exámenes de laboratorio actualizado ☐
Tratamiento Indicado ☐

III. Otras enfermedades:

F33.1 NO HA SIDO CONSIDERADO A LOS FINES PREVISIONALES
(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

PREVISIONALES

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: 78,5 %
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 diagnostico 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, 29 DE SEPTIEMBRE DE 2016.

Dra. Ma. José Lagos Lamas
Médica Esp. en Medicina del Trabajo
Reg. N° 7222 - MM 373
Jefe de Depto. Rec. Médicos
Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

Dra. SUSANA ZAJIC
Directora
de Medicina del Trabajo
Zona Sur MM-565
Firma y sello del Director del Hospital

Subsecretario de Políticas
Sanitarias M.S.
Dr. Guillermo Adrian Ruckauf
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Ushuaia, 29/3/16.....

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	
SOTO ALBA GLADIS	
D.N.I. N° 16.331.522	C.I.N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle: BAHIA GOLOUDELMA TIRA 7 DEPTO 5	
Barrio: Localidad: USHUAIA	
Provincia: TDF CP: 5419 Telefono: 15495228	

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

Saludo atentamente.

Subsecretario de Políticas
Sanitarias M.S.
Dr. Guillermo Adrian Ruckauf

Firma y sello del Responsable

Dirección de Fiscalización Sanitaria