

“2016-Año del Bicentenario de la Declaración de la Independencia Nacional”



*Concejo Deliberante  
de la Ciudad de Ushuaia*

*Bloque Frente Para La Victoria  
Concejal Hugo V. Romero*

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	23/11/16 Hs. 12:13.
Número:	1912 Fojas: 7
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	<i>Hugo V. Romero</i>

Nota N° 261 / 2016.

Letra B.F.P.V.

Ushuaia, 23 de noviembre de 2016

Sr. Presidente

Concejo Deliberante de Ushuaia

Dn. JUAN CARLOS PINO

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ d

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle la incorporación del siguiente proyecto de Resolución en la próxima Sesión Ordinaria del Concejo Deliberante.

Sin otro particular le saludo atte.

HUGO VICTORIANO ROMERO  
Concejal  
Frente para la Victoria  
Concejo Deliberante de Ushuaia

Ushuaia, 26 de Octubre 2016.-

Honoroble Consejo Deliberante de la ciudad  
de Ushuaia.

De mi mayor Consideración:

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

En el día de la fecha me presenté  
en la Oficinalidad solicitando la eximición de los tri-  
butos municipales del único inmueble que poseo y habito,  
pero la documentación no me fue recibida, ya que aún  
no poseo pensión alguna, exceptuando el plom Red-  
sd, que consiste en una ayuda de dos mil (\$2000)  
por mes.

Demás está decirle que precisamen-  
te es ese el motivo que me lleva a solicitar tal beneficio.

Así mismo debo poner en su co-  
nocimiento que poseo libre de deudo de dichos tributos,  
ya que antes de empeorar de salud pagaba mis im-  
puestos 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 actoocompono a la pre-  
sente fotocopias del Certificado de Discapacidad  
y del Certificado Médico Oficial que acredita un  
78,5 % de Incapacidad laboral.

En otro particular y a la espera de una solución  
a mi problema les saludo con consideración.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ABUNOS INGRESADOS	
Fecha:	26/10/16 Hs. 13:16
Número:	1735 Fojas: 4
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	D. M. S. P. P.

He.

ALBA GLADIS SOTO  
DNI 16331.522  
TEL. 1549.5229

Ushuaia, 26 de Octubre 2016-

Municipalidad de Ushuaia  
Dircc. 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. 2º Dto. 5,  
del barrio 300 viv. c.p. 9410", de la cuál soy titular desde  
el año 1.996 a la fecha.

Otrora la presente petición, rogo  
me de solied que me dejaron incapacitado para seguir  
trabajando.

Rezo por la cuál 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 disa-  
pacidod y el certificado medico oficial que acredite  
el porcentaje de discapacidad que me afecta.

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

Atte.

ALBERTO 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

Nº 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: b430.370

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.

### ACOMPAÑANTE:

"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará qué también se cubra al acompañante."

Acompañante: SI

### LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:

Ushuaia

Lugar:

25/8/2016

Fecha emisión:

### 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° 84597 - M.P. N° 917  
Junta Evaluadora T.D.F.

Firma y sello

#### PROFESIONAL

BASSOTTI Ricardo  
Domingo

Ricardo BASSOTTI  
Llo. en Psicología  
M.P. N° P.S. 49  
Junta Evaluadora T.D.F.

Firma y sello

#### PROFESIONAL

VEGA Alicia Cristina

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

Firma y sello

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

7050888461

<p>00671685-2</p> <p>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431</p> <p>SOTO</p> <p>ALBA GLADIS</p> <p>D.N.I. - F - 16331522</p> <p>24/11/1961</p> <p>TIPO/NRO DOCUMENTO</p> <p>FECHA NACIMIENTO</p> <p>Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia</p> <p>EMITIDO POR</p>		<p>00671685-2</p> <p>7050888461</p> <p>NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00016331522-20160825-20260825-FGO-285</p> <p>FECHA EMISIÓN 25/8/2016</p> <p>FECHA VTO 25/8/2026</p> <p>ACOMPAÑANTE SI</p> <table border="1"> <tr> <td><b>PROFESIONAL</b> DORAY Silvia Cristina</td> <td><b>PROFESIONAL</b> BASSOTTI Ricardo Domingo</td> <td><b>PROFESIONAL</b> VEGA Alicia Cristina</td> </tr> <tr> <td>Silvia Doray Médica M.N. N° 84597 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F.</td> <td>Ricardo BASSOTTI Llo. en Psicología M.P. N° P.S. 49 Junta Evaluadora T.D.F.</td> <td>Alicia Cristina VEGA Lc. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora - TDF</td> </tr> </table>	<b>PROFESIONAL</b> DORAY Silvia Cristina	<b>PROFESIONAL</b> BASSOTTI Ricardo Domingo	<b>PROFESIONAL</b> VEGA Alicia Cristina	Silvia Doray Médica M.N. N° 84597 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F.	Ricardo BASSOTTI Llo. en Psicología M.P. N° P.S. 49 Junta Evaluadora T.D.F.	Alicia Cristina VEGA Lc. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora - TDF
<b>PROFESIONAL</b> DORAY Silvia Cristina	<b>PROFESIONAL</b> BASSOTTI Ricardo Domingo	<b>PROFESIONAL</b> VEGA Alicia Cristina						
Silvia Doray Médica M.N. N° 84597 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F.	Ricardo BASSOTTI Llo. en Psicología M.P. N° P.S. 49 Junta Evaluadora T.D.F.	Alicia Cristina VEGA Lc. 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 GOLADIS.....

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

....E.POC. SEVERO.....

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

....ESTADIO IV.....

....F 33. 1 ....NO....HA....SI....DO....CONSIDERA.....A....LOS....FINES

Al presente certificado médico deberá adjuntarse **PREVISIONALES**  
Resumen de historia clínica   
Exámenes de laboratorio actualizado   
Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

....F 33. 1 ....NO....HA....SI....DO....CONSIDERA.....A....LOS....FINES  
(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

....PREVISIONALES.....

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales? 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   
Parcial  Temporaria

Porcentaje estimado: 78,5 %  
(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: USTIUAIA , 29 DE SEPTIEMBRE 2016.

Dra. Ma. José Lagos Lamas  
Médica Esp. en Medicina del Trabajo  
Reg. N° 7222 - MM 373  
Jefatura Depto. Rec: Médicos ..

Firma del médico actuante Z.S.

Dra. SUSANA ZAJIC  
Directora  
de Medicina del Trabajo  
Zona Sur MM-S65  
Firma y sello del Director del Hospital

Subsecretario de Políticas  
Sanitarias M.S.  
Dr. Guillermo Adrián Ruckau  
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, 29.12.16.....

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:...BATIA...COLONIA VINTA.....	TIR 47 DEPTO 5 Nº .....Piso:.....Dpto:.....
Barrio:.....	Localidad:....USHUAIA.....
Provincia:....TDF.....	CP: 9410. Teléfono:..154995229.....

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 Adrián Ruckauf

Firma y sello del Responsable

Dirección de Fiscalización Sanitaria

“2016-Año del Bicentenario de la Declaración de la Independencia Nacional”



*Concejo Deliberante  
de la Ciudad de Ushuaia*

*Bloque Frente Para La Victoria  
Concejal Hugo V. Romero*

EL CONCEJO DELIBERANTE DE LA  
CIUDAD DE USHUAIA  
RESUELVE

Art. 1º: Solicitar al DEM, evalúe a través del área correspondiente, la posibilidad de eximición de los tributos municipales a la Sra. Alba Gladis Soto, DNI: 16.331.522, quien padece una discapacidad grado IV, total y permanente, con certificación actualizada, y hasta el momento no ha sido beneficiada con una pensión.

Art. 2º: De forma

HUGO VICTORIANO ROMERO  
Concejal  
Frente para la Victoria  
Concejo Deliberante de Ushuaia