

"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.
Numero: 1972	Fojas: 7
Expte. Nº	
Girado:	
Recibido:	

Nota Nº 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.-

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 (\$ 2000) 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.

CONCEJO DELIBERANTE U.S.	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 26/10/16	Ms. 13:16
Número: 1735	Foja: 4
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

Hte.

ALBA GLADIS SOTO  
DNI 16331522  
TEL. 1549.5229

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 Fuequina 874 T. 7 P. 2º DTO. 5, del barrio 300 VIV. C.P. 9410", de la cual soy titular desde el año 1996 a la fecha.

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

Razón por la cual y en un todo de acuerdo con los decretos provinciales Nºs. 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 E. SOTO  
DNI. 16331522  
CEL. 1549.5229





CERTIFICADO N° ARG-01-00016331522-20160825-20260825-FGO-285

00671685-2

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

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 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

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

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

Firma y sello

## PROFESIONAL

BASSOTTI Ricardo  
DomingoRicardo 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 - 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)

		00671685-2	
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD			
Ley N° 22.431			
APELLIDO SOTO		NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	
NOMBRES ALBA GLADIS		ARG-01-00016331522-20160825-20260825-FGO-285	
D.N.I. - F - 16331522		FECHA EMISION 25/8/2016	
TIPO/NRO DOCUMENTO		FECHA VTO 25/8/2026	
FECHA NACIMIENTO 24/11/1961		ACOMPANANTE SI	
Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia		PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina	
EMITIDO POR		PROFESIONAL BASSOTTI Ricardo Domingo	
		PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina	
		Silvia Doray Ricardo D. Bassotti Alicia Cristina VEGA	
		M.N. N° 84597 - M.P. N° 917 - M.P. N° P.S. 49 - Lic. en Trabajo Social	
		Junta Evaluadora T.D.F. Junta Evaluadora T.D.F. Junta Evaluadora - T.D.F.	



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:

E.P.O.C. 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)

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 ☒  
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: 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 Z.S.

Dra. SUSANA ZAJIC  
Directora  
de Medicina del Trabajo  
Zona Sur MM-565

Firma y sello del Director del Hospital

Firma del médico actuante

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

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

REPUBLICA ARGENTINA  
MINISTERIO DE SALUD

## CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Ushuaia, ...29/9/6.....

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°	16.331.322
L.C. N°	
C.I. N°	
L.E. N°	
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle: BAHIA COLOQUENA	TIRA 7 DEPTO 5
Barrio:	
Localidad:	USHUAIA
Provincia:	TDF
CP:	9419
Telefono:	15495229

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 Adrían Rockauf

Firma y sello del Responsable

Dirección de Fiscalización Sanitaria



*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