



Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia

BLOQUE
FORJA

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	04/03/20 Hs. 13:00
Numero:	90 Fojas: 5
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	leg 3420

NOTA N° 10 /20
LETRA: B.FORJA

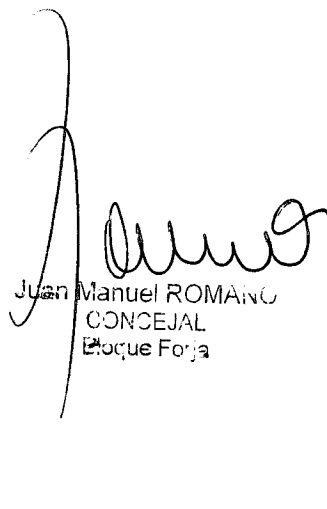
Ushuaia, 04 MAR. 2020

Sr. PRESIDENTE
CONCEJO DELIBERANTE DE USHUAIA
Dn. Juan Carlos PINO
S _____ / _____ D

Por la presente, me dirijo a Ud. a los fines de remitir para la consideración del cuerpo de concejales y solicitar la incorporación al boletín de asuntos entrados de la próxima sesión ordinaria, del proyecto de Ordenanza que se adjunta a la presente.

Por la misma se solicita al Departamento Ejecutivo Municipal que, a través del área correspondiente, gestione la colocación de cartelera de estacionamiento reservado a favor de la Sra. Estela María Vera, en conformidad con los argumentos que a continuación se adjuntan, según lo normado por el Artículo 94 del Reglamento Interno, Decreto C.D. N° 09/2009.

Sin otro particular, saludo atentamente.


Juan Manuel ROMANO
CONCEJAL
Bloque Forja



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

BLOQUE
FORJA

FUNDAMENTOS

La vecina Estela María Vera, titular del DNI 11.085.390, acudió a este cuerpo a fin de obtener asistencia para hacer efectiva la colocación de señalética de estacionamiento reservado frente a su vivienda, en virtud del cuadro de discapacidad que padece.

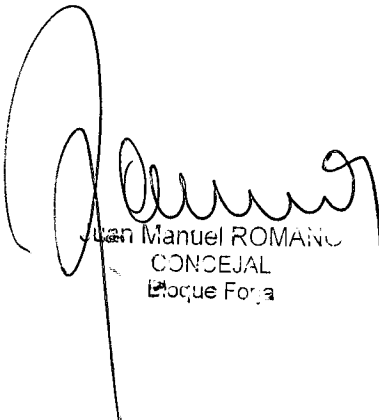
La nombrada acompañó su pedido con la documental que da cuenta de su cuadro de salud, la cual se adjunta a continuación, incluyendo el Certificado Único de Discapacidad que le ha sido otorgado por las autoridades correspondientes.

Cabe destacar que la Ordenanza Municipal N° 5131 faculta al Departamento Ejecutivo Municipal a autorizar el otorgamiento de espacios reservados de estacionamiento o detención de vehículos entre discos para particulares con discapacidad, siendo requisitos para dicho otorgamiento que el predio para el cual se solicite el espacio no cuente con entrada de auto, garaje o cochera, que quien solicita cuente con Certificado Único de Discapacidad (CUD) que certifique movilidad reducida y que cuente con domicilio en la ciudad de Ushuaia, comunicando además el dominio del automotor para el que requiere el espacio, sea éste propio o de un tercero.

En este caso la vivienda cuenta con entrada de auto, razón por la cual el Municipio ha negado a la nombrada la colocación de la señalética especial. Ahora bien, considerando que urge a la interesada contar con un espacio de fácil e inmediato acceso para los vehículos de transporte y los servicios de urgencia y emergencia que habitualmente la asisten en razón de su cuadro de salud, y destacando además que la misma no posee automóvil de su propiedad, sumado ello a las múltiples veces que los vecinos obstruyen la entrada de autos de su vivienda, entendemos que debe atenderse este caso de manera excepcional, otorgándose por vía de ordenanza un espacio de estacionamiento demarcado y señalizado con la cartelería correspondiente, a fin de hacer efectivo y operatorio su derecho.

Por último en el espíritu de la O.M. N° 5131, es necesario exceptuar del pago de la tasa mensual establecida en la ordenanza tarifaria.

En virtud de lo expuesto, solicito a mis pares el acompañamiento para aprobar el siguiente Proyecto de Resolución.



Juan Manuel ROMANO
CONCEJAL
Bloque Forja



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

BLOQUE
FORJA

EL CONCEJO DELIBERANTE
DE LA CIUDAD DE USHUAIA
SANCIONA CON FUERZA DE
ORDENANZA

ARTÍCULO 1°.- AUTORIZAR el otorgamiento de un espacio reservado de estacionamiento entre discos para persona con discapacidad en el domicilio Bahía Ushuaia N° 3165 B° Río Pipo de esta ciudad, donde reside la Sra. ESTELA MARÍA VERA, DNI 11.085.390, titular del Certificado Único de Discapacidad N°389477-2.

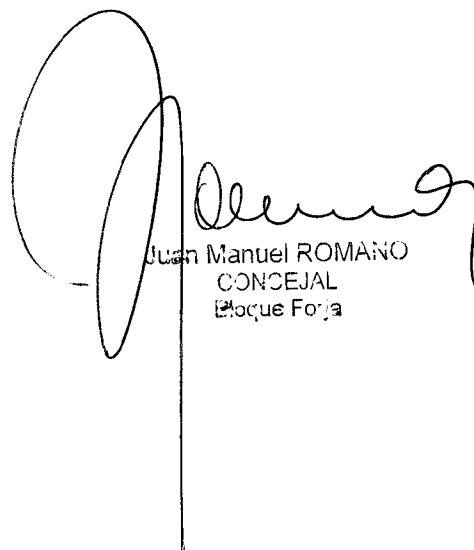
ARTÍCULO 2°.- INSTRUIR al Departamento Ejecutivo Municipal a colocar la señalética vertical correspondiente en un plazo de treinta (30) días desde la promulgación de la presente.

ARTÍCULO 3°.- EXCEPTUAR a la frentista mencionada en el Artículo 1°, del pago de la tasa mensual para espacios de estacionamiento reservado entre carteles, estipulado en la Parte Especial, Anexo II, Artículo 1°, Inciso d) 1. de la Ordenanza Tarifaria N° 5069.

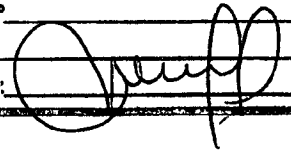
ARTÍCULO 4°.- REGISTRAR. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHIVAR.

ORDENANZA N° _____ /20.

DADA EN SESION ORDINARIA DE FECHA:



Juan Manuel ROMANO
CONCEJAL
Bloque Forja

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	10/02/2020 Hs. 12:31
Numero:	59 Fojas: 3
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

Señor Presidente
Consejo Deliberante
Ciudad de Ushuaia.

Ushuaia, 20 de febrero de 2020

Ref. "Cartel de Discapacidad"

De mi mayor consideración:

Quien suscribe Estela Maria VERA, DNI 11085390, con domicilio en calle Bahía Ushuaia N° 3165 B° Rio Pipo de esta ciudad; tengo el agrado de dirigirme a a Usted, a fin de solicitarle por su intermedio la tramitación y colocación del cartel de estacionamiento para persona con discapacidad.

El presente obedece a poder contar con el espacio de estacionamiento más próximo a mi domicilio por mi condición de salud.

A tales efectos, adjunto copia del DNI y del Certificado de Discapacidad actualizado.

Sin otro particular, saludos a Usted muy atentamente.

Estela M Vera
Estela Maria Vera
11.085.390
0291-1540 3255



Provincia de Tierra del Fuego - Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA 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:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE

Vera Estela María

D.N.I. N° *11.085.390* C.I. N°

I.C. 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.

Maria Eugenia Marandino
DIRECTORA
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.

ORDINAS Maria Room
Administrativa
Dirección de Discapacidad

00389477-2

CERTIFICADO N° ARG-01-00011085390-20141125-20241125-FGO-285
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: **VERA ESTELA MARIA**
TIPO Y NRO DOC.: **D.N.I. - F - 11085390** N° CUIT/CUIL: _____ FINACIMIENTO: **01/2/1955**

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
ACTIVIDAD / PARTICIPACION: 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 e1251.+3 e360.+3 e1201.+3 e5801.+3 e1101.+3 e310.+4 e210..3 e5800.+3 e320.+3 e240..3

ORIENTACION PRESTACIONAL:
REHABILITACION: PRESTACIONES EDUCATIVAS

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

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

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

PROFESIONAL TIMINO Miguel Angel Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL MARURI FOSS Maria Alejandra M. Alejandra Maruri Foss Lic. en Psicología M.P. N° PB-128 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL SOSA Milton Nelson Milton Sosa Lic. en Trabajo Social M.P. T.S. N° 091 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello
---	---	---

5607120239
Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431		 CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD 5607120239	
APELLIDO VERA NOMBRES ESTELA MARIA D.N.I. - F - 11085390 TIPO/NRO DOCUMENTO		NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00011085390-20141125-20241125-FGO-285	
FECHA EMISION 25/11/2014 FECHA VTO 25/11/2024 ACOMPAÑANTE SI		PROFESIONAL TIMINO Miguel Angel Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F.	
FECHA NACIMIENTO 01/02/1955 EMITIDO POR Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia		PROFESIONAL MARURI FOSS Maria Alejandra M. Alejandra Maruri Foss Lic. en Psicología M.P. N° PB-128 Junta Evaluadora T.D.F.	
		PROFESIONAL SOSA Milton Nelson Milton Sosa Lic. en Trabajo Social M.P. T.S. N° 091 Junta Evaluadora T.D.F.	



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

Del Dr. que cursa en el Médico en el estado por este Servicio a:

Vera Estela María

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

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

II. Indicar otras afecciones clínicas de la misma:

Visión "en tubo" bilateral - Trastornos de la memoria

Al presente certificado médico deberá adjuntarse:

- Resolución de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizados
- Tratamiento farmacológico

(Detalle 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:

Física

Psíquica

Porcentaje estimados: **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 aconsejable 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 20**14**

Firma del médico autoritario: **Italo Adrián Colla**
Esp. en Traumatología
Medicina del Trabajo - HRU
M.N. 107157 - M.M. 463

Carlos F. Lopez
Director Médico
Regional Ushuaia
M.N. 80844

Firma y sello del Hospital: **DIRECCIÓN GENERAL H.P.T. Hospital**

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

Firma del médico actuante

María Eugenia Marandino
DIRECTORA

Firma y sello de la Dirección de Flujo de Atención Sanitaria S.S.P.S. U.S.

Se certifica asimismo de la preferencia