

Ushuaia 20 de Octubre de 2021

Señor Presidenta Del Consejo Deliberante

S

Señor. Juan Carlos Pino.

Me dirijo a Usted

solicitando la Exepción a la Ordenanza 9200  
Artículo 6°, modificada por Ordenanza  
municipal 5339.-

De Rehabilitar al Señor Juan Carlos Bermantos Ruiz  
DNI: 12.701.968.

Resolucion Juzgado Administrativo Municipal  
De Faltas N° 616/21 firmado por la Doctora  
Silvina L. Oyarzun Santona Leza, Juzgado  
Administrativo Municipal de Faltas.

Espero Una pronta respuesta a esta pedido  
desde ya le estara muy agradecido,  
Atentamente.-

Bermantos Ruiz Juan Carlos

DNI: 12701968

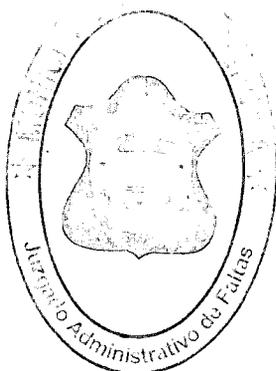
Keenip 758

02901- 15504245.

CONCEJO DE BERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
20 OCT 2021	
Fecha:	Hg. 11.05
Numero: 706	Fojas: 5
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

Nancy Patricia PEREZ  
Responsable Coordinación  
y Despacho  
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA

PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO  
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR  
REPÚBLICA ARGENTINA  
JUZGADO ADMINISTRATIVO  
MUNICIPAL DE FALTAS  
USHUAIA - 25 de mayo 151



USHUAIA, 19 OCT 2021

**VISTO** el cumplimiento del cómputo de inhabilitación impuesta al Señor JUAN CARLOS BARRIENTOS RUIZ DNI 12701968, mediante Fallo JAMF N° 33.431 y Resolución JAMF N° 163/2021 recaídos en Causa N° T-234307-0/2019/USHUAIA; y

**CONSIDERANDO:**

Que el mismo es certificado por prosecretaría en fecha 18/10/2021 según consta a fojas 47.

Que también se agrega certificación formulada en la misma data y dando cuenta que el fallo condenatorio contiene imposición de multa, habiendo suscripto Plan de Pagos N° 72982/2021, el que a la fecha se encuentra vigente, conforme surge de fojas 47.

Que acorde listado de fojas 46 se certifica que al 18/10/2021 el imputado registra Causas posteriores a la presente, cuya situación procesal no obsta el dictado de la presente.

Que conforme los antecedentes reseñados se instruyó a fojas 41 vuelta, en fecha 08/07/2021 la citación al nombrado para concurrir a este organismo munido de certificado de aptitud psicofísica y curso de reeducación vial expedido por la Dirección de Tránsito de la Municipalidad de Ushuaia, a fin de tramitar rehabilitación de conformidad al artículo 6° de la Ordenanza Municipal N° 5200 (modificado por la Ordenanza Municipal N° 5339).

Que el 15/10/2021 acredita el inhabilitado sendas certificaciones, las cuales reúnen las exigencias del artículo 6° de la Ordenanza 5200 (modificado por la Ordenanza Municipal N° 5339) y se glosan a fojas 42/44.

Que dichas acreditaciones hacen procedente la rehabilitación del nombrado para conducir vehículos automotores, haciendo saber que no corresponde la restitución de la licencia de conductor que le fuera retenida, por haber sido remitida

a la Dirección de Tránsito, de acuerdo a fs. 17.

Que la suscripta resulta competente para el dictado de la presente en virtud de lo previsto en las Ordenanzas Municipales N° 2674, 2778 , 5200 y 5339.

Por ello, **RESUELVO:**

1.- REHABILITAR al Señor JUAN CARLOS BARRIENTOS RUIZ DNI 12701968, condenado mediante Fallo JAMF N° 33.431 y Resolución JAMF N° 163/2021 recaído en Causa N° T-234307-0/2019/USHUAIA a pena de inhabilitación de TRES (3) meses para conducir vehículos automotores, por encontrarse cumplimentados los extremos previstos en el artículo 6° de la Ordenanza Municipal 5200) modificado por la Ordenanza Municipal N° 5339).

2.- HACER SABER al Señor JUAN CARLOS BARRIENTOS RUIZ DNI 12701968, que la licencia de conductor que le fuera retenida en fecha en el marco de la OM N° 5200 fue remitida a la Dirección de Tránsito Municipal, de acuerdo a fs. 17.

3.- Regístrese, Notifíquese al infractor. Comuníquese a la Dirección de Tránsito Municipal y a la Dirección del Registro Provincial de Antecedentes de Tránsito. Cumplido, archívese.

**RESOLUCIÓN JUZGADO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL DE FALTAS N° 616/21**

cdc

  
Dra. Silvana L. OYARZUN SANTAN  
JUEZA  
Juzgado Adm. Municipal de Faltas  
Ushuaia



## SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR

PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE CON CARÁCTER DE  
**DECLARACIÓN JURADA Y EXAMEN PSICOFÍSICO**  
 (Ley 24.449 y su modificatoria: Ley 26.363)

**DATOS PERSONALES:**

Apellido/s (completos): Barruente Ruiz  
 Nombre/s (completos): Juan Carlos  
 Lugar de Nacimiento: Ushuaia TDF Fecha Nacimiento: 28.02.1957  
 Edad: 64 años Nacionalidad: Argentina Ocupación: Empleado  
 Domicilio: Kuara 758 Teléfono: 15504245

En cumplimiento a los requisitos exigibles por la normativa vigente (Ley N°24.449 y su modificatoria:  
 Ley Nacional de Tránsito y Seguridad Vial N° 26.363 y Decretos reglamentarios, solicito licencia por:

1° vez  vencim.  ampliacion  deterioro  extravío  cambio jurisdic.

Licencia N° ..... Control N°: ..... Municipalidad: .....

Expedido: ...../...../..... Vencimiento: ...../...../.....

PRINCIPIANTE	PARTICULAR	PROFESIONAL
--------------	------------	-------------

### DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El siguiente cuestionario debe ser completado de puño y letra del solicitante.  
 Todas las preguntas deben ser contestadas.  
 Si responde afirmativamente alguna pregunta, le solicitamos completar con toda la información posible.

1) ¿Padece usted de algún defecto físico, lesión o enfermedad?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
2) ¿Toma usted habitualmente alguna medicación?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
3) ¿Sufrió usted alguna vez de epilepsia, convulsiones, desmayos y/o parálisis?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
4) ¿Sufrió usted alguna vez de vértigo, mareo o trastornos del equilibrio?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
5) ¿Tiene dificultad de movimiento en alguna parte de su cuerpo?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿En cuál?
6) ¿Sufre o sufrió de hipertensión arterial, infarto de miocardio, angina de pecho o alguna otra afección del corazón?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?
7) ¿Le han colocado a usted marcapasos cardiaco o cardiodesfibrilador?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Motivo?
8) ¿Padece o padeció usted de asma o algún otro trastorno respiratorio?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?
9) ¿Sufrió usted de diabetes u otra enfermedad metabólica?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?
10) ¿Ha estado usted alguna vez internado?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/> ¿Motivo/s? <u>Fractura</u>
11) ¿Ha sido usted operado alguna vez?			
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/> ¿Motivo/s? <u>Pierna</u>
12) ¿Ha tenido usted enfermedades de la sangre o hemorragias?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?
13) ¿Tiene usted antecedentes de enfermedades psiquiátricas?			

En caso afirmativo responda si se encuentra en tratamiento actualmente

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		Psicoterapia		Psicofármacos	
----	-------------------------------------	----	--	--------------	--	---------------	--

14) ¿Sufre o sufrió de alcoholismo, abuso de drogas o sustancias adictivas?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿Cuál/es?	
----	-------------------------------------	----	--	-----------	--

15) ¿Su visión es normal?

NO		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Por qué?	
----	--	----	-------------------------------------	-----------	--

16) ¿Utiliza anteojos o lentes de contacto?

NO		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Motivo?	Para Leer
----	--	----	-------------------------------------	----------	-----------

17) ¿Su audición es normal?

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		Utiliza audífono?	
----	-------------------------------------	----	--	-------------------	--

18) ¿Tuvo o tiene usted colocado algún tipo de prótesis?

NO		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué parte de su cuerpo?	Pierna
----	--	----	-------------------------------------	-----------------------------	--------

19) ¿Tiene algún tipo de alergia?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿Cuál?	
----	-------------------------------------	----	--	--------	--

¿Desea que este dato figure en su licencia de conducir? NO - SI

20) ¿Padeció usted de HEPATITIS ?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿aclarar tipo?	
----	-------------------------------------	----	--	----------------	--

21) ¿Padece usted de alguna afección/enfermedad que no figure en este cuestionario?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿Cuál?	
----	-------------------------------------	----	--	--------	--

Grupo Sanguíneo: .....  ..... Factor RH ..... t ..... Donante SI  NO

**HE COMPRENDIDO EL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD Y HE CONTESTADO EL MISMO CON LA VERDAD Y PLENAS FACULTADES MENTALES.**

*Borjén de Ruiz José Carlos*  
 FIRMA Y ACLARACIÓN  
 D.N. Nº 12701968

**EL EXAMEN MEDICO TIENE UNA VALIDEZ DE 30 DIAS CORRIDOS.**

**PARA SER COMPLETADO POR EL EXAMINADOR MEDICO**

El médico que suscribe certifica que el titular de la presente, quien acredita identidad

mediante DNI Nº: 12701968, se encuentra:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>APTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>APTO CONDICIONAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO APTO</b>
---	--	---

OBSERVACIONES:

Prótesis: DENTAL

Anteojos SI  NO

Lentes de contacto SI  NO

USHUAIA, 14.10.21

Dr. Diana E. Bodastuk  
 Medico  
 MIM: 085 MN 73363  
 Esp. en Medicina del Trabajo  
 Ley de Injer. 7021  
 firma y sello profesional

RECIBO Nº ..... \$ .....  
 RECIBO Nº ..... \$ .....  
 RECIBO Nº ..... \$ .....

CONTROL Nº: .....  
 CATEGORÍA/S: .....  
 FECHA: .....

RECIBÍ CONFORME: ..... Verificó: ..... Leg.: .....



# Examen mental mínimo de Folstein

TOTAL 28 / 30

## 1. ORIENTACIÓN 9 / 10

Tiempo:

- ¿Qué día de la semana es hoy? 1 / 1
- ¿En qué mes estamos? 1 / 1
- ¿Qué fecha es hoy? (referido al día del mes) 1 / 1
- ¿Qué año es? 1 / 1
- ¿En qué estación del año estamos? 1 / 1

Espacio:

- ¿En qué país estamos? 1 / 1
- ¿En qué ciudad estamos? 1 / 1
- ¿En qué barrio estamos? 1 / 1
- ¿En qué calle estamos? 0 / 1
- ¿En qué piso estamos? 1 / 1

## 2. FIJACIÓN 3 / 3

Repita 3 palabras y memorícelas, ya que le serán preguntadas en unos minutos:

- Nube 1 / 1
- Pelota 1 / 1
- Bandera 1 / 1

## 3. ATENCIÓN Y CÁLCULO 5 / 5

¿Cuánto es 100 - 7?  
 Siga restando de 7 en 7.  
 RESULTADO: 93, 86, 79, 72, 65

Deletree la palabra MUNDO.  
 Ahora hágalo de atrás para adelante,  
 empezando por la última letra. 5

Consigne el puntaje a ambas pruebas (matemática y alfabética) pero para la suma final, tome en cuenta sólo la mejor de las dos.  
 Elija el mejor resultado de las dos pruebas.

## 4. RECUERDO 2 / 3

¿Recuerdas las 3 palabras que memorizó anteriormente?

- Nube 1 / 1
- Pelota 1 / 1
- Bandera 0 / 1

## 5. LENGUAJE 3 / 8

**NOMINACIÓN**  
 Muestra un lápiz y un reloj y pregúntele qué es esto?

- Reloj 1 / 1
- Lápiz 1 / 1

**REPETICIÓN**  
 Repita la siguiente frase:  
 "El flan tiene frutillas y frambuesas"

1 / 1

**COMPRENSIÓN**  
 Realice la siguiente orden:  
 "Tome un papel con la mano derecha, dóblelo al medio y colóquelo sobre la mesa"

3 / 3

**LECTURA**  
 Lea y haga lo que dice la siguiente frase  
 "Cierre los ojos"

1 / 1

**ESCRITURA**  
 Escriba una frase con sujeto y predicado

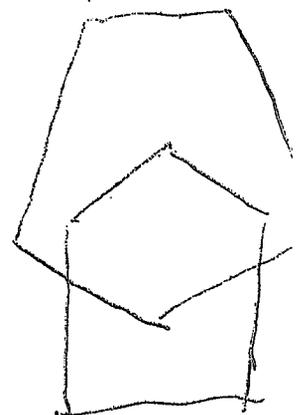
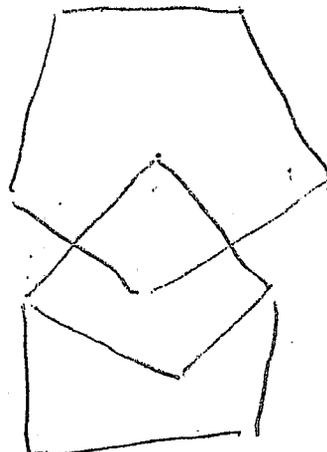
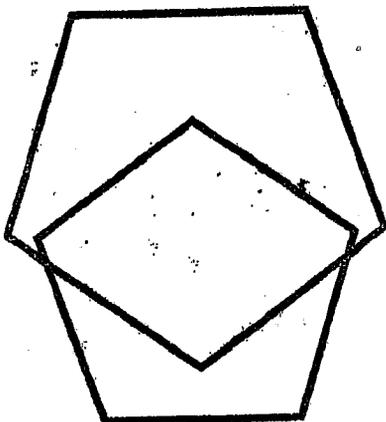
1 / 1

Espacio para escribir frase.

## 6. CONSTRUCCIÓN VISUOESPACIAL 1 / 1

Cople el siguiente dibujo

Espacio para realizar o pegar el dibujo.



*[Handwritten Signature]*  
 Berrián Los Ríos Juan Carlos  
 Firma y Aclaración. 12701968

Resultado de la evaluación

**APTO** **NO A**

*[Handwritten Initials]*

14/10/2021

CONSTANCIA N° 040/2020

CURSO DE REEDUCACION VIAL

La Dirección de Tránsito de la Municipalidad de Ushuaia certifica que **BARRIENTOS RUIZ, JUAN CARLOS D.N.I 12.701.968**, ha cumplimentado el "CURSO DE REEDUCACION VIAL" previsto por el Artículo 6° de la *Ordenanza Municipal N° 3411*, según lo dispuesto en sentencia dictada por el *Juzgado Administrativo Municipal de Faltas*.



MUNICIPALIDAD DE  
USHUAIA  
DIRECCIÓN DE TRÁNSITO

*Magdalena ALANIS*  
Instructora Vial Leg. 2957  
Dirección de Tránsito  
Municipalidad de Ushuaia

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán argentinas"