



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**

"Año del Bicentenario de la Declaración de la Independencia Nacional."

87/2016

**CONCEJO DELIBERANTE
DE LA CIUDAD DE USHUAIA**

Minuta de comunicación

En mi carácter de presidente del Concejo Deliberante y por mandato del Cuerpo de concejales, tengo el agrado de dirigirme al señor intendente municipal, don Walter Vuoto, en relación al asunto 1735/2016 del registro de esta Institución.

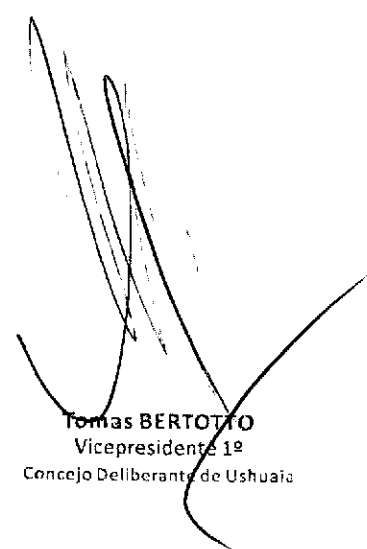
A tal efecto remito adjunto a la presente copia del asunto mencionado, solicitando la intervención correspondiente por parte de las áreas del Departamento Ejecutivo Municipal.

Sin otro particular, saludo con mi más atenta consideración.

MINUTA DE COMUNICACIÓN CD N° 123 /2016.-
DADA EN SESIÓN ORDINARIA DE FECHA 23/11/2016.-

CO


E. ALEJANDRO BEROLA
Secretario Legislativo
Concejo Deliberante Ushuaia


Tomas BERTOTTO
Vicepresidente 1º
Concejo Deliberante de Ushuaia


C.D.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Nancy Paulina
Responsable Coordinación
y Despacho
MUNICIPIO DE USHUAIYA

Ushuaria, 26 de Octubre 2016.-

Honorable Consejo Deliberante de la ciudad de Ushuaria.

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 exención 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 lleva 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.

H/c.

ALBA GLADIS SOTO
DNI 16331.52
TEL. 1549.5229

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIYA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	26/10/16 Ho. 13:16
Número:	1735 Fojas: 4
Expta. N°	
Grado:	
Recbido:	

Ushuaia, 26 de Octubre 2016.

Municipalidad de Ushuaia
Direcc. General de Rentas

De mi mayor consideración:

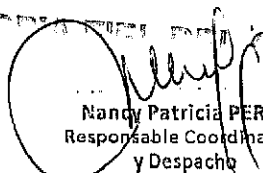
Por la presente me dirijo a Uds. a los efectos de solicitar el beneficio de la reducción en el pago de los servicios inmobiliarios y tasas del inmueble ubicado en: "Constitución Fuequina 874 T. 7 P. 2º DTO. 5, del barrio 300 VIV. C.P. 9410", de la cual soy titular desde el año 1996 a la fecha.

Motiva la presente petición, 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 acredite el porcentaje de discapacidad que me afecta.

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

Atte.



Nancy Patricia PEREZ
Responsable Coordinación
y Despacho
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA



ALVARO SOTO
DNI. 16331522
CEL. 1549.5229



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTAARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR.

CERTIFICADO Nº: ARG-01-00016331522-20160825-20280825-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley Nº 22.431

00671685-2

ES COPIA DEL ORIGINAL

Nombre: Patricia PEREZ
Responsable Coordinación
Respecto

7050888461

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

APELLIDO Y NOMBRES: SOTO ALBA GLADIS		FINACIMIENTO: 24/11/1961
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 16331522		Nº CUIT/CUIL:
DIAGNOSTICO: Insuficiencia respiratoria crónica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada		
DIAGNOSTICO FUNCIONAL: FUNCIONES CORPORALES: b440.3 b445.2 b455.3		
ESTRUCTURAS CORPORALES: e430.370		
ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d510.23 d640.23 d84500.23 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: 25/8/2026 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: 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. Nº 64597 - M.P. Nº 917 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL BASSOTTI Ricardo Domingo Ricardo A. Bassotti Lic. en Psicología M.P. Nº P.S. 48 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. Nº 100 Junta Evaluadora - TDF Firma y sello



		00671685-2 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley Nº 22.431			
APELLIDO: SOTO		NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00016331522-20160825-20280825-FGO-285		7050888461	
NOMBRES: ALBA GLADIS		FECHA EMISION: 25/8/2016	FECHA VTO: 25/8/2026	ACOMPANANTE: SI	
D.N.I. - F - 16331522		PROFESIONAL: DORAY Silvia Cristina	PROFESIONAL: BASSOTTI Ricardo Domingo	PROFESIONAL: VEGA Alicia Cristina	
TIPO/NRO DOCUMENTO: 24/11/1961		Silvia Doray Ricardo D. Bassotti Médica Lic. en Psicología M.N. Nº 64597 - M.P. Nº 917 M.P. Nº 48 Junta Evaluadora T.D.F. Junta Evaluadora T.D.F.		Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. Nº 100 Junta Evaluadora - TDF	
FECHA NACIMIENTO: 24/11/1961		Emitido por:			
Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia		Emitido por:			



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

COPIA FIEL DE LA ORIGINAL

[Signature]
Nancy Patricia PEREZ
Responsable Coordinación
y Despacho
CONCEJO DELIBERANTE HOSPITAL

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
F 33.1 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:

F 33.1 NO HA SIDO CONSIDERADO A LOS FINES
(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.

[Signature]
Dra. Ma. José Legos Lamas
Médica Esp. en Medicina del Trabajo
Reg. N° 7222 - MM 373
Unidad Depto. Rec. Médicos
Firma del médico actuante Z.S.

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

[Signature]
Subsecretario de Políticas
Sanitarias M.S.
Dr. Guillermo Adnan Rubkav
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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: BAHIA GOLOQUINA	TIRA 7 DEPTO S
N°	Piso: Dpto:
Barrio:	Localidad: USHUAIA
Provincia: TDF	CP: 5410 Telefono: 15495229

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

Saludo atentamente.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Signature]
 NANCY PATRICIA PEREZ
 Responsable Coordinación
 y Despacho
 CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA

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

[Signature]
 Firma y sello del Responsable
 Dirección de Fiscalización Sanitaria