



Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia

101/2014

CONCEJO DELIBERANTE
DE LA CIUDAD DE USHUAIA
Minuta de comunicación

En mi carácter de presidente del Concejo Deliberante y por mandato de los señores concejales, tengo el agrado de dirigirme al señor intendente, don Walter Raúl Vuoto, en relación a los asuntos a continuación detallados, por medio de los cuales los vecinos solicitan por ante este Concejo la concesión de un espacio reservado de estacionamiento.

Asunto 1495/2014: señora Cristina Castillo; asunto 1387/2014: Hostel Los Cormoranes; asunto 1282/2014: señor Juan Carlos Ventura; asunto 1186/2014: señor Roberto Gómez.; asunto 742/2014: señor Cristian Maure; asunto 605/2014: señora Adriana Moreno; asunto 509/2014: Juguetería Karukinka; asunto 395/2014: señora Paola Mamani; asunto 204/2014: señora Heriberta Ecurra Barboza; asunto 162/2014: señor Ana María Stremiz; asunto 38/2014: señor Marina Gutiérrez; asunto 1543/2013: señora Zulma Delia Romero; asunto 1531/2013: señor Luis Fernando Gianazzo; asunto 1527/2013: señora Ana Carina Cabrera; asunto 1412/2013: señor Jorge Juan Kosciuk; asunto 1369/2013: comisario Mayor Dardo Estero; asunto 1229/2013: señor Jorge A. Contreras; asunto 1217/2013: señora Estrella Rojas; asunto 965/2013: señora Sandra Haro y asunto 887/2013: señor Oscar Magoia.

Al respecto, este cuerpo ha cumplido en informarles que deberán dirigirse al municipio para la tramitación correspondiente, dado que se encuentra vigente la Ordenanza Municipal N° 4955, sancionada en sesión ordinaria del día 07/10/2015 y promulgada por Decreto Municipal N° 1627/2015 del 5/11/2015, por medio de la cual se autoriza el otorgamiento de espacios reservados entre discos al Departamento Ejecutivo Municipal por la vía administrativa.

No obstante ello, y teniendo en cuenta que los asunto mencionados han ingresado a este Cuerpo de manera previa a la sanción de la Ordenanza Municipal N° 4955 remitimos mediante esta vía las solicitudes que se encontraban asentadas en esta Institución.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

MINUTA DE COMUNICACIÓN CD N° 56 /2016.-

DADA EN SESIÓN ORDINARIA DE FECHA 27/04/2016.-

co

E. Alejandro BEROLA
Secretario
Concejo Deliberante de Ushuaia

Juan Carlos PINO
Presidente
Concejo Deliberante de Ushuaia

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	5/12/14 Hs. 11:12
Numero:	1495 Fojas: 4
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

Ushuaia, 5 de diciembre de 2014.-

Presidente del Concejo Deliberante

Dn. Damian De Marco

Por medio de la presente me dirijo a ud, a fin de solicitarle estacionamiento reservado para persona con discapacidad en el domicilio Jorge Retamal 1348, debido a que presento diferentes dificultades por las que muchas veces recurre la ambulancia a mi domicilio y les resulta dificultoso asistirme.

Adjunto copia de los carnet de discapacidad y del Documento Nacional de Identidad.

A la espera de una respuesta favorable, saludo a ud.


Castillo Sandoval Cristina
D.N.I 18726266
Telefono: 436494

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 18 AÑOS, EL DIA:

_____/_____/_____

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:

CASTILLO SANDOVAL
 Apellidos (si es mujer el de soltera)
Cristina Aída
 Nombres

Clase **1940** N° **18726266**

Sexo **VARON** **MUJER** D. N. _____

(indicar si es no correspondal)

Impresión dígito pulgar derecho



Cristina Castillo
 Firma del interesado

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Nacido/a el **7** de **Noviembre**
 de **1940** en **Mulchen**
 Part. o Depto. **Bio Bio**
 Provincia _____
 Nación **Chile**
 C. I. N° _____
 Expedida por _____

DOMICILIO
 Calle **Piedra Buena** N° **78**
 Ciudad **Usuhuaia**
 Part. o Depto. **Terr. Nac. de la T. del Fuero e. I. A. S.**
 Provincia _____
 Of. Secc. Identif. **1717**
 Identificado el día **17/2/87**

Sello _____
 Firma Jefe Of. Sec. _____

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el **21** de **Julio**
 de **1988**

Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado **Federal de 1ª Instancia**
Terr. Nac. de la T. del Fuero e. I. A. S.

Secretaría N° _____

Sello _____
 Firma Jefe Of. Sec. _____



LA CORRECTA UTILIZACION QUEDARA SUPEDITADA A LO QUE DISPONGAN LAS JURISDICCIONES MUNICIPALES Y LAS NORMAS DE TRANSITO (ART. 17 INS. 2º DECRETO 1313/93)

DOCUMENTACION INTRANSFERIBLE



APELLIDO: CASTILLO SANDOVAL

NOMBRE: CRISTINA AÍDEE

DIRECCIÓN: JORGE RETAMAR 1348

LOCALIDAD: Ushuaia

PROVINCIA: TIERRA DEL FUEGO

DOC. TIPO y Nº: D.N.I. - F - 18726286

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Nº: 00101796-3

EL PRESENTE SIMBOLO RESULTA VALIDO ÚNICAMENTE CUANDO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SE ENCUENTRA A BORDO DEL VEHICULO



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Administrativos
Servicio Nacional de Rehabilitación

SIMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESO

Ley 19279, sus modificatorias y Decreto 1313/93

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION
REPUBLICA ARGENTINA

NCI SCSA 12-8896



María Carmen Petersen
Legajo 69812
DIRECCION DE RECURSOS EN REHABILITACION
FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD COMPETENTE

ACREDITA DERECHO A LIBRE TRANSITO Y ESTACIONAMIENTO
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

VALIDO HASTA

21/06/2022

 <p>CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD</p>		 <p>5334022024</p>
<p>NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00018726268-20120621-20220621-FGO-285</p>		
<p>FECHA EMISION 21/6/2012</p>	<p>FECHA VTO 21/6/2022</p>	<p>ACOMPANANTE SI</p>
<p>PROFESIONAL TIMINO Manuel Angel</p> <p><i>Manuel Angel Timino</i></p> <p>Manuel Angel Timino Médico A.N. N° 357 Evaluadora T.D.F.</p>	<p>PROFESIONAL FEJOO Claudia</p> <p><i>Claudia Fejoo</i></p> <p>Claudia Fejoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F.</p>	<p>PROFESIONAL SOBARRON Nelson</p> <p><i>Nelson Sobarron</i></p> <p>Nelson Sobarron Lic. en Trabajo Social M.P. T.G. N° 091 Junta Evaluadora T.D.F.</p>

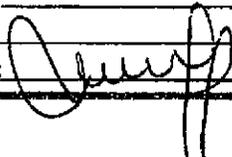
 <p>00101796-3</p> <p>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431</p>	
<p>APELLIDO CASTILLO SANDOVAL</p>	
<p>NOMBRES CRISTINA AIDEE</p>	
<p>D.N.I. - F - 18726266</p>	<p>07/11/1940</p>
<p>TIPO/NRO DOCUMENTO</p>	<p>FECHA NACIMIENTO</p>
<p>Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia</p>	
<p>EMITIDO POR</p>	

Ushuaia...¹¹...de Noviembre de 2014

Al Sr. Presidente del Honorable
Concejo deliberante

Sr. Damian De Marco

S _____ / _____ D

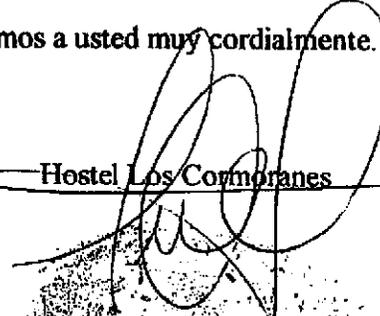
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 11/11/14	Hs. 12:01
Numero: 1387	Fojas: 1
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos usted a fin solicitarle, tenga a bien, permitirnos tener un espacio exclusivo para el ascenso y descenso de Pasajeros sobre el frente de nuestro establecimiento Hostel "Los Cormoranes", sito en Avenida Alem n° 1132 de la Ciudad de Ushuaia.

Sin más, agradecemos y saludamos a usted muy cordialmente.

Hostel Los Cormoranes



Albergar
USHUAIA

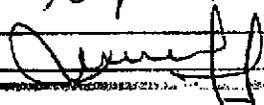
Ushuaia, 04 de Noviembre de 2014

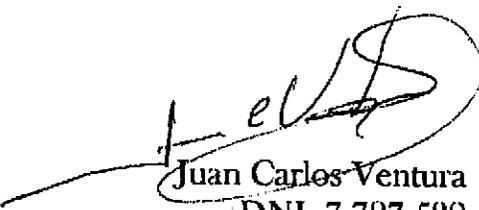
Al. Señor
 Presidente del honorable
 Concejo Deliberante
 De la ciudad de Ushuaia
 DN. Damián Demarco
 S_____/____D
 De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme al Señor Presidente y por digno intermedio a los demás integrantes de ese honorable Concejo Deliberante a los efectos de solicitarle quiera tener a bien servirse contemplar la posibilidad por donde corresponda disponer frente a mi domicilio ubicado en la Tira 17 del Bº 245 viviendas, un cartel de Prohibido Estacionar (exclusivo para mi uso por discapacidad).

Solicito la presente solicitud por motivo de mi movilización en silla de ruedas. Asimismo, hago saber al Señor Presidente que poseo otorgado por fiscalización sanitaria la tarjeta de libre tránsito y estacionamiento a nivel nacional. Adjunto certificado.

Sin otro particular y al agradecer la atención que sirva prestar a la presente. Hago propicia la oportunidad para expresarle a Ud. Las expresiones de mi consideración más distinguida a los Señores miembros de ese Concejo Deliberante.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	04/11/14 Hrs. 11:59
Numero:	1282 Fojas: 2
Expte. Nº	101/2014.
Grado:	
Recibido:	


 Juan Carlos Ventura
 DNI. 7.727.582
 Bº 245 viviendas tira 17 piso 1 dto. 3
 TE. 02901 - 433423



00389448-3

CERTIFICADO N°: ARG-02-00007727582-20141023-20181023-FGO-286

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: VENTURA JUAN CARLOS
TIPO Y NRº DOC.: D.N.I. - M - 7727582 **Nº CUIT/CUIL:** **FINACIMIENTO:** 06/10/1942

DIAGNOSTICO: Insuficiencia cardiaca Insuficiencia renal crónica Diabetes mellitus Insulinodependiente Dependencia de silla de ruedas Ausencia adquirida de pie por arriba de la rodilla

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b540.2 b770.4 b415.2 b4662.2 b7308.3 b410.3 b729.3 b610.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s750.472 s410.370 s9100.373 s550.888

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d2100.23 d626.23 d450.34 d486.34 d230.23 d7402.00 d7701.00 d840.23 d430.33 d8101.00 d9205.02 d850.23

FACTORES AMBIENTALES: e326.+3 e5700.+2 e210.+3 e1151.+3 e5801.+3 e1100.+3 e310.+3 e1201.+4 e2253.+3 e2101.+3 e410.+3 e356.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:
- REHABILITACION - TRANSPORTE

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el: 23/10/2019

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: 23/10/2014

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

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
ZAJIC Susana Susana Zajic Médico M.M. N° 596 Junta Evaluadora T.O.F. Firma y sello	FROLA Monica Patricia Monica Patricia Frola Lic. en Fonoaudiología M.P. N° L.F.N. 11 Junta Evaluadora T.O.F. Firma y sello	VEGA Alicia Cristina Alicia Cristina VEGA Lic. 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

<p>00389448-3 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431</p>		<p>1289654762 NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-02-00007727582-20141023-20181023-FGO-286</p>	
APELLIDO VENTURA NOMBRES JUAN CARLOS D.N.I. - M - 7727582 06/10/1942 TIPO/NRO DOCUMENTO FECHA NACIMIENTO		FECHA EMISION 23/10/2014	FECHA VTO 23/10/2019
Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia EMITIDO POR		PROFESIONAL ZAJIC Susana Susana Zajic Médico M.M. N° 596 Junta Evaluadora T.O.F.	PROFESIONAL FROLA Monica Patricia Monica Patricia Frola Lic. en Fonoaudiología M.P. N° L.F.N. 11 Junta Evaluadora T.O.F.
		PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora - TDF	ACOMPANANTE SI

Ushuaia, 03 de Octubre de 2014.

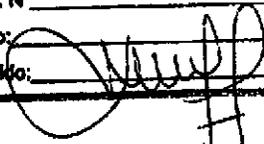
Señor Presidente del Concejo Deliberante de Ushuaia.

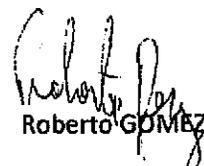
Dn. Damián DE MARCO.

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle quiera tener a bien y por donde corresponda se realice los trámites para que se me otorgue la cartelera de "PROHIBIDO ESTACIONAR PERSONA CON DISCAPACIDAD" para ser colocado frente de mi domicilio sito en Puerto Argentino N° 1347- Barrio Malvinas Argentinas . Dejando constancia que poseo el correspondiente certificado de discapacidad y en mi grupo familiar tengo mi hijo menor discapacitado también con certificado. Adjunto a la presente fotocopia de los certificados de discapacidad.

Quedando a la espera de una respuesta favorable me despido de usted muy atentamente.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 06/10/14	Hs. 15:04
Numero: 1186	Folios: 3
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	


Roberto GÓMEZ

D.N.I. N° 21.106.434

Cel-15515518-



00389136-5

CERTIFICADO N°: ARG-02-00021106434-20131105-20231105-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: GOMEZ ROBERTO
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 21106434 **N° CUIT/CUIL:** ----- **F/NACIAMIENTO:** 31/7/1969

DIAGNOSTICO:
 Otro dolor crónico Otras anomalías de la marcha y de la movilidad y las no especificadas
 Artritis reumatoide seropositiva

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b7101.3 b28016.2 b7300.2 b7200.2

ESTRUCTURAS CORPORALES: s75011.422 s73021.373 s7201.273

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d510.11 d410.34 d9202.00 d4154.23 d445.23 d6600.23 d2202.23 d9201.01

FACTORES AMBIENTALES: e1101.+2 e5801.+3 e355.+3 e5800.+3 e2100..3 e1201.+3 e320.+3 e5902.+4 e310.+3 e2250..2

ORIENTACION PRESTACIONAL:
 - REHABILITACION

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el: 05/11/2023
 El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laboral.

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 EMISIÓN
Lugar: Ushuaia **Fecha emisión:** 05/11/2013

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

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



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

00389032-7



CERTIFICADO N°: ARG-02-00044333554-20130625-20150625-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: **GOMEZ CAMPOS ROBERTO CARLOS ZHIOSHI**
 TIPO Y NRO DOC.: **D.N.I. - M - 44333554** N° CUIT/CUIL: **-----** F/NACIMIENTO: **22/11/2002**

DIAGNOSTICO:
 Retraso mental moderado Síndrome de Down

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b117.3 b147.3 b164.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s110.888

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d710.33 d610.13 d670.34 d146.44 d330.34 d335.24 d839.23 d230.23 d350.34 d760.02
 d2102.34 d140.44 d530.13 d9205.34 d155.24

FACTORES AMBIENTALES:
 e5801.+4 e5702.+4 c415.+3 e5502.+3 e360.+3 e410..2 e310.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:

- REHABILITACION

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el: 25/6/2015

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laboraliva.

ACOMPAÑANTE:

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

Acompañante: **SI**

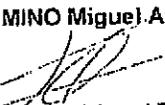
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Lugar: **Ushuaia**

Fecha emisión: **26/6/2013**

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

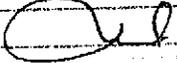
PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
<p>TIMINO Miguel Angel</p>  Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<p>CUADRADO Alejandra</p>  Alejandra Cuadrado Lic. en Psicología M.P. N° L.P.S. 13 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<p>VEGA Alicia Cristina</p>  Alicia Cristina VEGA Lic. en Psicología M.P. N° L.P.S. 13 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello



8393066219

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

742 - 1/1

CONSEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	4/07/14 Ms. 1300
Numero:	742 Folias: (1)
Expte. N°	
Origen:	
Recibido:	

Ushuaia, 04 Julio de 2014

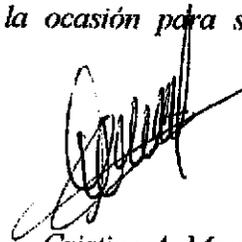
AL PRESIDENTE
CONSEJO DELIBERANTE
SR. DAMIAN DE MARCO
USHUAIA
S / D:

DE MI MAYOR CONSIDERACION:

Por medio de la presente, quien suscribe, CRISTIAN ALBERTO MAURE DNI 25.092.988, con domicilio real en calle Isla Redonda N° 843, B° Mirador del Beagle, de esta ciudad, en representación de la firma TRANSPORTE UNIDOS S.R.L, tengo el agrado de dirigirme a Usted y por su digno intermedio ante los miembros del consejo que Ud. preside, a los efectos de solicitar, se otorgue a la empresa precedentemente mencionada, un permiso habilitando a las unidades que nos prestan servicio, el poder frenar sobre la margen sur de la calle Gobernador Deloqui N° 646, ubicación esta, del local comercial.

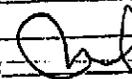
Motiva mi solicitud, la necesidad de facilitar el ascenso y descenso de pasajeros de dichas unidades, el sentido de aperturas de las puertas de los vehículos y la ubicación de mi local en la margen opuesta al estacionamiento permitido. Todo esto, en resguardo de la integridad física de las personas y en cumplimiento de la reglamentación vigente, que requiere que las mismas asciendan y desciendan de los transportes de pasajeros sobre la vereda y no desde la calzada.-

Sin otro particular, a la espera de una pronta resolución favorable a mi pedido, aprovecho la ocasión para saludarlo con atenta consideración y respeto.-



Cristian A. Maure
DNI 25.092.988
Socio Gerente

CEL 15404285

DE ENTRADA	
ASUNTOS	
Fecha: 15/06/14	15:28
Numero: 605	Fojas: 8
Expto:	
Procedido: 	

USHUAIA, 15 de Junio 2014

SE: DANIAN DE MARCO

S / D

ME DIRIJO A UD A FIN DE SOLICITAR ESTACIONAMIENTO RESERVADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DADO QUE LA SRA MARTHA NILDA JECKE, DNI N° 4200951, QUE ES MI MAMA VIVE CONMIGO Y LA DIFICULTAD QUE TIENE ELLA PARA MOULIZARSE MUCHAS VECES AL HABER VEHICULOS ESTACIONADOS ENFRETE DE LA VIVIENDA, SE LE DIFICULTA A ELLA PODER SUBIR A UN VEHICULO (REMIS - TAXI - AMBULANCIA, ETC.) - POR TAL MOTIVO SOLICITO TENGAN A BIEN CONTEMPLAR DICHA SOLICITUD.

SIN OTRO PARTICULAR Y A LA ESPERA DE UNA RESPUESTA

SALUDA ATTE.

Domicilio: BEAUCOIZ 1551
cel: 2901-15612109


MORENO ADEIANA ROLANDO
DNI 16325628.

56 - 14/59
605 - 2/7

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE TRÁMITE PARA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

BOLETA PRENUMERADA
N°



Certifico que el/la Sr./a **JECKE, Martha Nilda**
DNI N° 4200951 ha iniciado ante esta Oficina Seccional las formalidades correspondientes para tramitar:

NUOVO ESEMPLAR con cambio de domicilio
TIERRA DEL FUEGO 13/06/2014
USHUAIA, TIERRA DEL FUEGO



LA PRESENTE CONSTANCIA NO CREDITA
IDENTIDAD

Idtramite: (273794098)

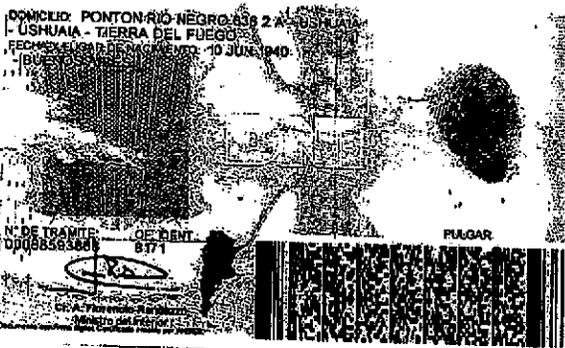
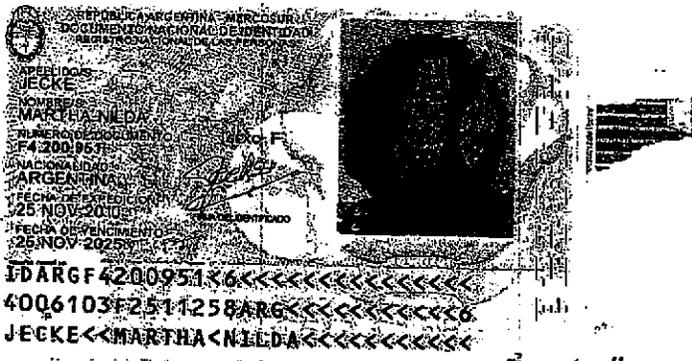
Registro Nacional de las Personas

Ministerio del Interior y
Transporte

Presidencia de la Nación

DOMICILIO DECLARADO EN EL TRÁMITE

PADRE JOSE MARIA BEAUVOIR Nro:1551 () USHUAIA ,USHUAIA ,TIERRA DEL FUEGO, ARGENTINA. CP(9410)

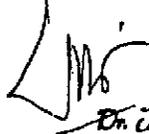


Dr. Jorge Ricardo Rossi

Resumen de HC

Referencia: Paciente JECKE Martha Nilda (DNI 4200951)

Paciente de 73 años en tratamiento por hipertensión arterial, artritis, hipoacusia severa, insuficiencia renal crónica, compensada en base a medicación, con dificultades deambulatorias que requieren asistencia debido a su problema osteoarticular, que no está en condiciones de poder desempeñarse sin compañía permanente de una persona que la asista.
Ushuaia, 10 de abril de 2014.-



Dr. Jorge Rossi
Médico
M.M. 749



FECHA 28/02/14

INMOBILIARIA SERVICIOS Y TRANSACCIONES

IMPORTE DEL IMPUESTO DE SELLOS \$ 1.824,00

FIRMA Y DECLARACION DEL RESPONSABLE

CONTRATO DE LOCACION

En la ciudad de Ushuaia, los 28 días del mes de FEBRERO del año 2014, entre el Sr. RUBEN HUMBERTO RODRIGUEZ, CUIL. Nº 20-10342977-4, con domicilio en la calle Rivadavia Nº 135, de la ciudad de USHUAIA, en adelante denominado EL LOCADOR, por una parte, y por el otra parte, la Sra. ADRIANA ROXANA MORENO, CUIL. Nº 27-16325628-8, en adelante denominada EL LOCATARIO, celebran el presente contrato de locación, sujeto a las siguientes cláusulas: -----

1.- **INMUEBLE:** EL LOCADOR cede en locación a EL LOCATARIO y éste recibe en ese carácter, un inmueble sito en la calle BEAUVOIR Nº 1551, de la ciudad de Ushuaia, con todos los servicios instalados. EL LOCATARIO se compromete a restituirlo en el mismo estado en que le es entregado, según se detalla en el inventario integrante del presente.

2.- **PLAZO:** El plazo de la locación se conviene en VEINTICUATRO (24) MESES, rigiendo desde el 01 de MARZO de 2014 hasta el 29 de FEBRERO de 2016, recibiendo las llaves en este acto.

3.- **PRECIO Y LUGAR DE PAGO:** El valor del alquiler por la totalidad de la vigencia del presente contrato asciende a la suma de PESOS DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO (\$ 236.694,00), pagaderos por EL LOCATARIO a EL LOCADORA de la siguiente manera: Para los primeros seis meses de locacion es de PESOS OCHO MIL QUINIENTOS (\$ 8.500,00) mensuales, para el segundo semestre de locacion la suma de PESOS NUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA (\$ 9.350,00) mensuales, para el tercer semestre de locacion la suma de PESOS DIEZ MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO (\$ 10.285,00) mensuales, y para el ultimo semestre de locacion la suma de PESOS ONCE MIL TRESCIENTOS CATORCE (\$ 11.314,00) mensuales. Dichos alquileres serán abonados por EL LOCATARIO a EL LOCADOR en forma adelantada del uno al siete (01 al 07) de cada mes mediante depósitos en los cajeros automáticos de la red Banelco, a través de la utilización de una tarjeta magnética que le será suministrada a EL LOCATARIO y generada por el BANCO PATAGONIA. De tener que sustituir o reemplazar la mencionada tarjeta, cualquiera fuese la causa deberá solicitarla a la administradora y pagar por ella la suma de Pesos veinte (\$ 20,00) por su reposición. EL LOCATARIO deberá ingresar la tarjeta en cualquier cajero de la red Banelco y generar por única vez una "clave de acceso", una vez esto realizado seleccionar la opción "depósito en cuenta corriente", y ahí depositar el importe correspondiente a su alquiler y/o servicios y/o expensas de corresponder, sirviendo el comprobante que emita dicho cajero automático de suficiente recibo de pago del alquiler. O donde lo indique en el futuro la administradora de la propiedad, Inmobiliaria S & T, y/o EL LOCADOR. Todo mes comenzado deberá ser abonado en su totalidad.

- En caso de modificarse la normativa vigente y para el caso de establecerse cualquier método futuro de actualización de los Contratos de Locación, por parte de la autoridad competente, dicho índice será aplicado al presente contrato a partir de la fecha que dicha reglamentación indique. Si dentro del décimo día transcurrido el mes doce de la locación no se hubiera establecido un método de actualización de los valores locativos, según lo mencionado precedentemente, las partes bajo el marco del principio de la buena fe de negociación, convienen reunirse para acordar, un nuevo precio de locación. En el caso de no llegar a un acuerdo en el plazo de cinco (5) días siguientes convienen recurrir a la tasación que brinden tres inmobiliarias que pertenezcan a la cámara de inmobiliarias de Ushuaia, quienes por escrito documentarán el valor del alquiler a esa fecha, determinando el promedio simple de esas tasaciones, el nuevo monto del alquiler para el segundo año del contrato. -- EL LOCATARIO abona en este acto a EL LOCADOR la suma de PESOS OCHO MIL QUINIENTOS (\$ 8.500,00), correspondiente al alquiler adelantado del mes de MARZO-2014, extendiéndose el correspondiente recibo.

4.- **DEPÓSITO EN GARANTÍA:** El depósito en garantía se fija en la suma de PESOS ONCE MIL TRESCIENTOS CATORCE (\$ 11.314,00), equivalentes a un mes de alquiler tomado al valor del ultimo semestre de contrato, y será abonado por EL LOCATARIO a EL LOCADOR de la siguiente manera: a la firma del presente abona la suma de PESOS CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE (\$ 5.657,00) en efectivo, extendiéndose el correspondiente recibo. Y el saldo del depósito en garantía será abonado por EL LOCATARIO a EL LOCADOR a través de las mejoras en el inmueble detalladas en la cláusula 12.-**MEJORAS** del presente, comprometiéndose a presentar a EL LOCADOR las facturas correspondientes por dichos gastos, debiendo para el caso de que los mismos sean inferiores, abonar la diferencia resultante conjuntamente con el canon locativo del mes de Abril-2014.



FECHA 28/12/14

IMPORTE DEL IMPUESTO DE SELLOS \$ 269,00

IMPORTE DEL IMPUESTO DE SELLOS \$ 269,00

INMOBILIARIA SERVICIOS Y TRANSACCIONES

concepto de indemnización de daños y perjuicios a un mes y medio de alquiler al momento de desocupar la vivienda y la de un solo mes si la opción se ejercita transcurrido dicho plazo.

12.-MEJORAS: EL LOCATARIO se encuentra autorizado por EL LOCADOR a realizar las siguientes mejoras en el inmueble: realizar la limpieza de las alfombras de la planta alta y escalera de la vivienda, reemplazar por nuevos los vidrios rajados de ventanas y hall, reemplazar por nuevo el extractor de aire del sector de cocina. Estas mejoras serán reconocidas por EL LOCADOR de acuerdo a lo establecido en la cláusula 4.- **DEPOSITO EN GARANTIA,** del presente.

A excepción de las mejoras detalladas precedentemente, EL LOCATARIO no podrá efectuar ningún tipo de mejoras en el bien locado. En caso de necesitar efectuarlas deberán contar con la previa autorización escrita de EL LOCADOR; las mismas quedarán como exclusiva propiedad de ésta última al finalizar el presente contrato, sin pago o compensación alguna de su parte. La violación de esta cláusula se constituirá como uso abusivo por parte de EL LOCATARIO, y facultará a EL LOCADOR a tener por finalizado el contrato por culpa de EL LOCATARIO, de pleno derecho y sin necesidad de intimación o interpelación previa.

13.-TRIBUTOS: Estará a cargo de EL LOCATARIO el pago de las facturas correspondientes a consumos de gas, energía, y agua. El servicio de agua deberá abonarse junto con el canon locativo mensual en el domicilio del administrador. Estará a cargo de EL LOCADOR el pago de las tasas municipales de alumbrado barrido y limpieza y los impuestos inmobiliarios, como así las tasas que gravan el inmueble, inclusive las de carácter extraordinario o de emergencia. EL LOCATARIO deberá entregar en forma bimestral los comprobantes cancelados de los servicios de Energía y Gas, en Inmobiliaria S & T, administradora de la propiedad. Como así también EL LOCATARIO deberá abonar conjuntamente con el canon locativo mensual, una suma equivalente al (2%) dos por ciento, en concepto de gastos administrativos, durante la totalidad de la vigencia de este contrato.

14.-RESPONSABILIDAD: EL LOCADOR, no será responsable por los daños y perjuicios que se ocasionen o produjeren en la persona de EL LOCATARIO u otras personas; o en sus bienes, como consecuencia de roturas o desperfectos en cañerías, circuitos eléctricos, de gas o por cualquier otra causa incluyendo asimismo las mencionadas en el Art. 1517 del Código Civil desde que EL LOCATARIO toma a su cargo el caso fortuito o fuerza mayor.

Art.1517.- Es caso fortuito, a cargo de EL LOCADOR, el deterioro de la cosa causado por hechos de terceros, aunque sea por motivos de enemistad o de odio al locatario.

15.-GARANTIA: La Sra. MARIANA SANCHEZ, DNI N° 26.185.438, con domicilio en el BARRIO 640 VIVIENDAS, TIRA 9A PISO 2° DEPTO. D, de la ciudad de Ushuaia, se constituye suscribiendo el presente en solidaria, lisa, llana y principal pagadora por todas las obligaciones que EL LOCATARIO ha asumido por este contrato y las que le corresponden por el Código Civil.

16.-COMPETENCIA: Para todos los efectos legales de este contrato las partes se someten a la Justicia Ordinaria de la ciudad de Ushuaia, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción y al derecho de recusar sin causa al magistrado actuante. Los firmantes declaran la plena validez de todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales en los siguientes domicilios reales que declaran bajo sus respectivas responsabilidades: LOCADOR: RIVADAVIA N° 135, LOCATARIO: BEAUVOIR N° 1551, y GARANTIA: BARRIO 640 VIVIENDAS, TIRA 9A PISO 2° DEPTO. D; todos de la Ciudad de Ushuaia.

17.- VISITA: Se permitirá a EL LOCADOR y a los integrantes de la Inmobiliaria, siempre que fuera necesario, el acceso al bien locado, sin necesidad de notificación previa.

18.-INVENTARIO:

PATIO DE INGRESO: Cerco de hierro estructural con dos portones para vehículos, sus herrajes se encuentran en regular estado; puerta de ingreso con herrajes en regular estado. Todos con detalles de óxido - herrumbre. Depósito de mampostería con techo de chapas, con puertas de maderas en estado regular, sin trabas y sus herrajes en regular estado; tanque depósito para agua.

HALL FRIO: Estructura metálica y puerta con vidrios repartidos, picaporte y cerradura en regular estado sus herrajes. Todos con detalles de óxido - herrumbre. (Se encuentran cinco (5) vidrios rajados y rotos).

LIVING COMEDOR: Puerta de ingreso placa con cerradura y picaporte, sus herrajes se encuentran en regular estado; un calefactor marca ORBIS de 4000 cal. en regular estado, no cuenta con el encendido-chispero; caja de luz con llave térmica; ventanales de hierro estructural, sus herrajes en regular estado. Todos con detalles de óxido - herrumbre. Postigones metálicos en regular estado sus herrajes, con detalles de óxido - herrumbre. Plafón doble de luz de techo con lámpara; un plafón de luz con vidrio esmerilado. Piso de cerámicos en regular estado.



FECHA 28/2/04
CENTRO DE OPERACIONES
MONTANTE DEL IMPUESTO DE SELLOS \$ 4482,4

INMOBILIARIA SERVICIOS Y TRANSACCIONES

TOILETE: Puerta placa con cerradura y picaporte, sus herrajes se encuentran en regular estado; inodoro con mochila, tabla de inodoro de madera; pileta con pedestal con grifería de agua caliente y fría platil y plástico negro; porta rollo; jabonera; toallero; accesorios de losa blanca; espejo botiquín de chapa, con puerta y dos (2) estantes de vidrios; revestimiento cerámico en pisos en regular estado; y paredes con revestimiento azulejado con detalles de agujeros y rajaduras (varios); plafón de luz en pared, con vidrio y lámpara.

COCINA: Puerta placa, con cerradura y picaporte, sus herrajes se encuentran en regular estado; termo-lanque marca SHERMAN; dos canillas para lavarropas; cocina marca ESCORIAL marca línea consúl con parilla; extractor de aire marca ECOCLIMA (no funciona). Alacena de pared laminado de tres puertas, con estante; bajo mesada laminada de dos (2) puertas y tres (3) cajones; dos (2) jaboneras enlosadas; mesada y bacha de acero inoxidable, con grifería de agua caliente y fría. Revestimiento cerámico en pisos en estado regular. Puerta metálica de salida al patio con cerradura picaporte y dos (2) vidrios repartidos; plafón de luz en el techo, con vidrio y lámpara.

COMEDOR DIARIO: Puerta de salida placa, con picaporte y cerradura (sus herrajes se encuentran en regular estado); ventana de hierro estructural, sus herrajes en regular estado (Todos con detalles de óxido - herrumbre). Postigones metálicos, en regular estado sus herrajes, con detalles de óxido - herrumbre, con dos vidrios repartidos (UNO RAJADO). Calefactor marca ORBIS de 4000 cal. en regular estado; plafón de luz doble en el techo con una lámpara. Revestimiento cerámico en pisos es regular estado.

ESCALERA: escalera con revestimiento alfombrado en regular estado con roturas. Plafón metálico dorado de luz de pared con lámpara.

BAÑO: Puerta placa, con cerradura y picaporte, sus herrajes se encuentran en regular estado; ventanuz de hierro estructural en regular estado, sin herrajes con vidrio; bañadera con grifería mezcladora y ducha; caño de cortina para ducha; bidet con grifería platil con plástico negro; inodoro con mochila; tabla de inodoro rota; (la grifería se encuentra en regular estado); pileta con pedestal con grifería platil y plástico negro; un porta toallero; un porta rollo; un perchero; dos jaboneras, todos los accesorios de losa; botiquín de chapa de tres (3) puertas, con estante de vidrio; pisos plásticos en regular estado; las paredes presentan revestimiento cerámico y se observan detalles por encontrarse los mismos flojos y a punto de caerse, por filtración de agua por ducha. Plafón de luz de pared con vidrio y lámpara.

PASILLO: revestimiento alfombrado en pisos en regular estado; plafón de techo con vidrio y lámpara. Calefactor marca ORBIS de 4000 cal. en estado regular.

DORMITORIO 1: (1) Puerta placa, con cerradura y picaporte, sus herrajes se encuentran en regular estado; ventana con vidrios repartidos, en regular estado; plafón de luz de techo con vidrio y lámpara; revestimiento alfombrado en regular estado; placard de tres (3) puertas, con tres (3) estantes y tres (3) cajoneras, barral de caño para perchas; revestimiento alfombrado en regular estado.

DORMITORIO 2: (2) Puerta placa, con cerradura y picaporte, sus herrajes se encuentran en regular estado; ventana con vidrios repartidos, en regular estado; plafón de luz de techo con vidrio y lámpara; revestimiento alfombrado en regular estado; placard de tres (3) puertas, con tres (3) estantes y tres (3) cajoneras; barral de caño para perchas, sin herrajes de apertura.

DORMITORIO 3: (1) Puerta placa, con cerradura y picaporte, sus herrajes se encuentran en regular estado; ventana con vidrios repartidos, en regular estado; plafón de luz de techo con vidrio y lámpara, piso de alfombra en regular estado; placard de tres (3) puertas, con tres (3) estantes y tres (3) cajoneras, barral de caño para perchas; revestimiento alfombrado en pisos en regular estado. Se deja en constancia que la cañería y grifería de agua funciona en regular estado, así como las instalaciones eléctricas.

EL LOCATARIO deberá entregar el inmueble en buen estado de aseo y conservación. No deberá entregar las paredes pintadas, ya que se encuentran actualmente en regular estado. Los calefactores, la cocina y el calefón deberán contar con el service de limpieza al menos una vez al año y al momento de la entrega del inmueble, que deberá ser realizada por un gasista matriculado, el cual será asignado por un integrante de la INMOBILIARIA S & T, debiendo presentar EL LOCATARIO la factura correspondiente de dicho service, como así también el artefacto de cocina deberá estar en perfecto estado de limpieza y aseo, sea cual fuese el momento de la entrega del mismo por rescisión anticipada o al vencimiento del contrato de locación.

56 - 19/59
605 - 7/7

IMPUESTO DE SELLOS TDF - INGRESADO POR DECLARACION JURADA

AGENTE DE RECAUDACION N° 1034 CUIT N° 20-2265789-8



FECHA 18/02/11

MONTO DE LA OPERACION \$ 166.910,00

MONTO DEL IMPUESTO DE SELLOS \$ 1.669,10

INMOBILIARIA SERVICIOS Y TRANSACCIONES

19.-HONORARIOS: Las partes reconocen a la Inmobiliaria S & T como agente interviniente, cada una de las partes abonará por única vez y como pago total por honorarios y/o comisión por intermediación inmobiliaria un total de PESOS OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO (\$ 8.925,00), para cada uno de los contratantes. Los firmantes otorgan a la presente cláusula el carácter previsto en el Art. 459.2 de la Ley Provincial 147.
En prueba de conformidad, se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto, recibiendo en éste acto cada parte su ejemplar, en el lugar y fecha arriba indicados.


ROXANA MORENO
DNI 16325628


Roberto H. Rodriguez
10 342 977



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia
Bloque
Union Civica Radical*

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	05/06/14 Hs. 10:57
Numero:	509 Fojas: 2
Expto. N°	
Grado:	
Recibido:	<i>al</i>

Nota N° 48 /14
Letra: B.U.C.R

Ushuaia, 03 de Mayo 2014.-

Señor Presidente
Concejo Deliberante
S _____ / _____ D

Por medio de la presente nos dirigimos a Ud., a fin de solicitarle la incorporación sobre tablas en la 4° sesión ordinaria del proyecto de Ordenanza que se acompaña.

Motiva la presente la necesidad de la firma "Juguetería Karukinka" de contar con un espacio reservado entre discos en la calle Juan Manuel de Rosas N°187, para la carga y descarga de mercadería.

Considerando atendible lo requerido por la firma, solicitamos el acompañamiento de nuestros pares para la aprobación del presente proyecto de ordenanza.

Walter Marcelo GAMBADORO
Concejal U.C.R.
Concejo Deliberante Ushuaia

Viviana Stella GUGLIELMI
Concejal U.C.R.
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia
Bloque
Union Civica Radical*

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

ARTÍCULO 1°.- AUTORIZAR un espacio reservado entre discos de siete (7) metros de longitud, con la leyenda en placa adicional que exprese: "Reservado Juguetería Karukinka"; sobre la calle Juan Manuel de Rosas N° 187, establecimiento comercial del Sr. Mauricio Javier Cappello.

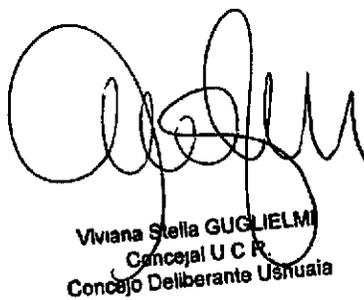
ARTICULO 2°.- La franquicia autorizada en el artículo precedente deberá abonar los montos previstos en el artículo 1°, inciso o), Parte Especial, Anexo II, Derechos de Oficina, Tránsito, Habilitaciones y Trámites Varios, de la Ordenanza Tarifaria N° 3501.

ARTICULO 3°.- AUTORIZAR la colocación de la señalización correspondiente.

ARTÍCULO 4°.- De forma



Walter Marcelo GAMBADORO
Concejal U.C.R.
Concejo Deliberante Ushuaia



Viviana Stella GUGLIELMI
Concejal U.C.R.
Concejo Deliberante Ushuaia

25 de Abril. 2014.

56 - 22/59

395 - 1/6

USHUAIA 407

SR. Presidente del Consejo Deliberante

DAMIAN DIMARCO

S/D.

Solicito por su inter-

medio o a quien correspondo, me podria facilitar un estacionamiento Reservado para persona c/ discapacidad. Mi hija Soto. MARIA Guadalupe padece de una discapacidad Muscular (Hipotonia severa, generalizada) y necesita atencion diaria las 24 hs. Requiriendo la Asistencia de Profesionales varias veces por dia. todos los dias del AÑO.

Sin otro en particular

y esperando una Pronta respuesta Afirmativa.
SALUDO A Ustedes A He.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	25/04/14 Hs. 12:28
Numero:	395 Fojas: 6
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	<i>[Signature]</i>

[Signature]

MARIA Paula
24.584.458.

Dirección: delegario ANDRADE 433. Dpto "B"

Tel: (02901) 421086



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

24 OCT. 2007

ES COMIA

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ushuaia, 29 de Octubre del 2007*

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	
<i>Soto Mammi Maria Guadalupe</i>	
D.N.I. N° <i>47.811.569</i>	C.I. N° <i>—</i>
L.C. N° <i>—</i>	L.E. N° <i>—</i>
DOMICILIO PARTICULAR	
<i>Oficario</i>	
Calle... <i>Ar. de la... N° 433</i>	Piso... <i>—</i> Dpto... <i>—</i> Entre calle... <i>—</i>
Calle... <i>—</i>	Barrio... <i>—</i> Localidad... <i>Ushuaia</i>
Provincia... <i>T del Fuego</i>	CP... <i>9410</i> Teléfono... <i>15496132</i> <i>15419143</i>

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

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Miller Mónica - MILE 251 17 2781
Jefe Dpto. Fiscalización Sanitaria
Oficina Regional de Fiscalización Sanitaria
Ministerio de Salud

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA ZONA 2

Dra. Liliana Estela Moyano
MN 65082 MM 237
Ejecutora Regulación y Fiscalización Sanitaria
Ministerio de Salud

Certificado N°: 2745
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 21 de Agosto de 2017

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: SOTO MARIA GUADALUPE
D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 47.811.569 Edad: 5 meses Sexo: FEM.
Fecha de nacimiento: 21 / 03 / 07 Estado civil: SOLT
Domicilio: Olegario Andrade 435 Localidad: USHUAIA
Provincia: TIERRA DEL FUEGO Tel.:
Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): SINDROME HIPOTALAMICA SEVERA

DEFICIENCIA: 1/12/0/68.6/69.7/73/73.82
DISCAPACIDAD: 1/15/16/7/70.1
DESVENTAJA: 2/8

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas			X
Intelectuales		X	
Sociales			X
Deportivas			X
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Discapacidades, desventajas y minusvalías)

Validez del Certificado:

Permanente: (válido por 10 años) Temporal: Valido hasta el: 21 / 08 / 2017
Requiere libre estacionamiento: SI NO
Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos: SI NO
Requiere vehículo adaptado: SI NO

Este certificado no es válido para la obtención de beneficios previsionales

Firma del Presidente de la Junta Médica
Dr. Timoteo Miguel Angel
Pedreira - I.R.T.U
MN 74425

Firma de la Autoridad Sanitaria
Dra. Liliana Estela Moyano
MN 65082 MM 237
Ejecutora Regulación y Fiscalización Sanitaria
Ministerio de Salud



29 OCT. 2007

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 Mamani, María Guadalupe
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Cardiopatía flaccida

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

Hipotonía muscular severa - frast de la deplución

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

III. Otras enfermedades:

(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: _____ %
(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente
Físico Mental

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?
Físico y Mental
Visual
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
de 20..... 29/10/2012

Lugar y fecha: Ushuaia, 29/10/07

Dra. Ma. José Lagos Lamas
Médica M.M. 99972
Fiscalización Sanitaria
Firma del médico actuante

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93678 A.M. 665
M. L. 6545
Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

Dra. Militer Mónica M.M. 99971
Jefa Círculo Fiscalización Sanitaria
Dra. Militer Mónica
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

BOA 107

OTRAS ANOTACIONES QUE
MODIFICAN O COMPLEMENTAN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: Olegario Andrade
Nº: 433 Piso: Dpto.: B
Ciudad o Pueblo: Ushuaia
Part. o Dpto.: Ushuaia
Barrio: Monoblock:
Provincia: T. de Tierra del Fuego Of. Ident.: 317
Fecha: 23/04/07

Sello

LIDIA A. BOSCA
DIRECTORA
Registro Civil Ushuaia

Firma

Calle:
Nº: Piso: Dpto.:
Ciudad o Pueblo:
Part. o Dpto.:
Barrio: Monoblock:
Provincia: Of. Ident.:
Fecha: / /

Sello

Firma

USHUAIA, 20 de Marzo de 2013.

SR.
PRESIDENTE DEL CONSEJO DELIBERANTE
Damian DE MARCO
S / D

MUNICIPALIDAD DE USHUAIA SECRETARÍA DE URBANISMO Y OBRAS PÚBLICAS COMISIONES DE ASUNTOS DE URBANISMO	
Fecha:	20/03/14 Hs. 11:13
Número:	204
Expte. Nº	1
Grado:	
Exhibido:	

Por medio de la presente, me dirijo a Ud., a fin poner en su conocimiento la situación que desde hace tiempo venimos padeciendo con los integrantes de mi familia, respecto a un problema de estacionamiento en el edificio en el que residimos desde hace ya 25 años, sito en la Calle Pontón Río Negro N° 668 Planta Baja "A".

Cabe destacar que, desde el tiempo que vivimos en dicho edificio con nuestra familia, nunca hemos vivido tantos problemas como los que se han generado en los últimos meses con una vecina en particular y su grupo de amistades, por muchas cuestiones pero todas derivadas por la situación planteada, lo cual consideramos, se verá acrecentada en los meses de invierno venideros, lo cual va ocasionar mayores problemas para estacionar.

El edificio en el que residimos cuenta con dársena de estacionamiento que el IPV (Instituto Provincial de Viviendas) construyó oportunamente para las familias que residen en ese lugar, pero al no contar con pautas claras de convivencia surgen este tipo de discrepancias, entre los que deberían utilizar dichas dársenas y quienes realmente las utilizan.

Hemos realizado, las consultas pertinentes en las distintas áreas de la Municipalidad de Ushuaia y del I.P.V., sin obtener una solución concreta al respecto.

Por lo expuesto es que recurro a Ud. y por su intermedio a quienes corresponda a fin de solicitar la autorización necesaria a fin de que podamos **abonar un derecho de estacionamiento exclusivo** para nuestra familia, en alguno de los lugares de la dársena correspondiente del edificio, y con ello dar un punto final al problema planteado.

Por cualquier consulta o interés en ampliar aspectos de la situación planteada, detallo el número de teléfono de contacto.

Sin otro particular, y agradeciendo su disposición, saludo cordialmente.


.....
Heriberta Escurra Barboza
DNI 18.721.432
Cel. 15563155

11/03/14 10:56
162 3

USHUAIA, 11 DE MARZO DE 2014

Lic. Noelia BUTT
Pres. Area Legislativa
USHUAIA
SR. PRESIDENTE DEL CONCEJO DELIBERANTE
DÁMIAN DE MARCO

ME DIRIJO A UD. A FIN DE SOLICITAR SU
AUTORIZACION DE LIBRE ESTACIONAMIENTO EN MI DOMICILIO CITO EN LA CALLE ISLAS DEL
ATLANTICO SUR 1874-DEPTO "B", PARA MI AUTOMOVIL PARTICULAR , FORD FIESTA ENERGY,
DOMINIO IOK 583.

FUNDAMENTO DICHO PEDIDO POR CONTAR
CON UNA JUBILACION POR INVALIDEZ (LEY 742) OTORGADA POR EL IPAUSS, CON FECHA
01/11/2013, EXPTE 1640/13. POR TAL MOTIVO ME RESULTA RIESGOZOSO MOVILIZARME HASTA EL
VEHICULO CUANDO ESTE SE ENCUENTRA ESTACIONADO LEJOS DE LA PUERTA DE MI DOMICILIO,
SOBRE TODO EN LA EPOCA INVERNAL.

SIN OTRO MOTIVO SALUDO A UD. ATTE.

ADJUNTO COPIA DE LO EXPRESADO ANTERIORMENTE.



ANA MARIA STREMIZ

DNI 10.103.918

56 - 30/59
162 - 2/4



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

Mirra Liliana PONCE
Mirta Liliana PONCE
Jefa Dpto. Determinación
ES COMPLETO



Instituto Provincial Autárquico Unificado
de Seguridad Social
I.P.A.U.S.S.

2013 - AÑO DEL BICENTENARIO DE LA ASAMBLEA GENERAL

ANEXO I - DATOS DEL BENEFICIO

Expediente Nº: 1640/2013	Nombre y Apellido: STREMIZ ANA MARIA
Documento: D.N.I.10103918	
Tipo de Beneficio: JUBILACION POR INVALIDEZ - Ley 742	
Porcentaje: OCHENTA Y DOS PORCIENTO	(82.00 %)
Fecha de Ingreso: 01/11/2013	

Escala Aplicable: HOSPITALES 2013/SEP

Categoría: CATEGORIA 10

Meses: 24.00

Otros Adicionales:

- FUNCION SANITARIA
- MAYOR HORARIO
- ZONA
- FUN JER. "G" HOSPITAL

Observaciones:

Mejor periodo considerado: 24 meses consecutivos desde 05/06/09 hasta 04/06/11 .-
Desde el Alta corresponde el Haber Pleno que figura en Anexo II .-



<i>Mirra Liliana PONCE</i> Mirta Liliana PONCE Jefa Dpto. Determinación Prestaciones Dpto. Delam. de Prestaciones Firma y Sello	<i>Lorena Silvia SACONE</i> Lorena Silvia SACONE Directora de Prestaciones Previsionales Dir. de Prest. Previsionales Firma y Sello	<i>Gustavo M. LEGUZAMON</i> Gustavo M. LEGUZAMON Administrador Previsional IPAUS Administrador Previsional Firma y Sello
--	--	---

FORMULARIO:

0004

FECHA:

13 FNE. 2014

REPUBLICA ARGENTINA

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

La presentación del documento nacional de identidad expedido por el Registro Nacional de las Poblaciones, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se hubieren establecido, el cambio de domicilio, dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD

23012

23012

23012

23012

23012

CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



[Signature]
INS-AL CALDE *[Signature]* K.
Sargento
Policia de Fuera del Fuego

REPUBLICA ARGENTINA

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el de de 19

Certificado de ciudadanía expedido por el Juzgado Secretaria N°

Sello

Firma

-3-

REPLICADO

Nació/a en 11/11/51 en Caxamal Pongles Provincia: B. Aires

Nación: Argentina

DOMICILIO: Calle: Morano Dpto: Morano No. 230

Ciudad o Pueblo: C. Pongles Barrio: Dpto: Morano

Part. o Dpto.: 234 Provincia: 234

Oficina Ident. 234

Identif. el día: 4.13.70 fecha de expedición 4.13.70

Nº de CUIT o CUIL (el correspondiente) 234

[Signature]
Firma del interesado

SAMBICIOS DE DOMICILIO

Calle: 25 de Mayo Dpto: USHUAIA
 No. 12 Piso: 2 Dpto: IC
 Ciudad o Pueblo: USHUAIA
 Part. o Dpto: USHUAIA
 Barrio: del Puerto Monoblock: 3
 Provincia: del Fuego Of. Ident. 127
 Fecha: 19/05/2011

Calle: ISLAS DEL ATLANTICO SUR
 No. 127 Piso: 1 Dpto: USHUAIA
 Ciudad o Pueblo: USHUAIA
 Part. o Dpto: USHUAIA
 Barrio: del Fuego Monoblock: 3
 Provincia: del Fuego Of. Ident. 127
 Fecha: 19/05/2011

Sello: [Firma]

SECCIONES GENERALES
27 DE OCTUBRE DE 2011

CONSTANCIA DE EMISION DE VOTO

189

STREMEZ, ANA MARIA
DOCUMENTO 10.103.918

DISTRITO 24
SECCION 1
CURS. 7
MESA 004

INSURRALDE
Poder. Judicial de la Provincia

INSURRALDE
Poder. Judicial de la Provincia

-8-

CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

02/11/13



INSURRALDE *[Firma]*
Sargento
Policia de Tierra del Fuego

Ushuaia 10 de febrero de 2014

Al Presidente del Concejo Deliberante de Ushuaia

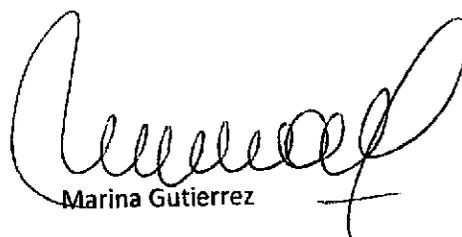
Don Damian De Marco

S _____ / _____ D

La que suscribe Marina Andrea Gutierrez
DNI 29776142 solicita a ud la autorización y puesta de carteles de discapacitado en el domicilio
que actualmente me encuentro ya que soy discapacitada y necesito mi espacio para que en el caso
de una emergencia venga la ambulancia.

Transitoriamente me encuentro cuidando
un depto de un familiar en la calle Rafaela Ishton 749 Dpto A

Adjunto a este pedido el certificado de
discapacidad extendido por Nacion y un servicio a mi nombre. Esperando una respuesta favorable
lo saludo a Usted muy atte



Marina Gutierrez

DNI 29776142

TEL: 1561.5232

SECRETARÍA DE LEGISLATIVA SECRETARÍA DE ENTRADA LEGISLATIVA EXPLANTES INGRESADOS	
Fecha:	10/02/14 Hs. 11:46
Número:	38
Folios:	3
Expte. N°	
Remite:	
Recebe:	

SUPERCANAL S.A.
KAYEN 145
(9410) USHUAIA - TIERRA DEL FUEGO
TEL.: 0810-222-7873
I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO

B
CODIGO NRO. 06

Fecha: 20/12/13
C.U.I.T.: 30-61118252-6
CONV. MULT. NRO. UNICO DE INSCRIPCION: 813-502767-1
CAJA PREV. IND. Y ACT. CIV. INSC.: 61118252
INICIO ACTIVIDAD: 07/11/1989

FRANQUEO A PAGAR
C/A. CTE N° 12763
CUIT N° 30-61118252-6

N° CLIENTE	V002-01417	VENCIMIENTO	10/01/14
GUTIERREZ MARINA		Vencimiento 10/01/14	\$365,00
Domicilio: RAFAELA ISHTON 749 D.1		Recargo fuera de termino	\$11,00
CP 9410 - Loc.: USHUAIA		Vencimiento estimado de la próxima factura:	10/02/14
Barrio:		TOTAL DEL MES	\$365,00
Ref.: ENTRE LA CASA AMARILLA Y EL GIMNASIO		TOTAL ADEUDADO	\$376,00
Ref.:		CÓDIGO PARA CAJEROS LINK, PAGO MIS CUENTAS Y DANELCO	30501002300201417
I.V.A. CONSUMIDOR FINAL - CUIT: 0800000000			
COND. DE VENTA: CUENTA CORRIENTE - COBRADOR: 972 - BCO.CREDICOOP-DEB DIRECT			
CÓDIGO GESTIÓN TELEFÓNICA	340710		

INFORMACIÓN PARA EL CLIENTE

>> Centro de Atención al Cliente: 0810-222-7873
E-mail: clientes@supercanal.tv

>> Los recargos por el pago fuera de término serán incluidos en la próxima Factura.

CONCEPTOS	IMPORTE
01/2014 1 100 ABONO TV PREMIUM HD	\$229,00
01/2014 1 723 MOVIE CITY PACK	\$58,00
01/2014 1 735 MOVIE CITY HD PACK	\$0,00
01/2014 1 739 HBO HD	\$0,00
01/2014 1 768 ADICIONAL HBO MAX DIGITAL	\$0,00
01/2014 1 770 ADIC.HBO HD	\$0,00
01/2014 1 771 ADIC.PACK HD DIGITAL	\$20,00
01/2014 1 773 ADIC.MOVIE CITY PACK	\$0,00
01/2014 1 776 ADIC. MOVIE CITY HD PACK	\$0,00
01/2014 1 783 HBO MAX DIGITAL	\$58,00

Comprobante emitido conforme al régimen establecido por la R.G. 2177 (AFIP) del 21/12/2006 - Factura Electrónica CAE N° 65506031576154
VUCEAE: 30122015

TOTAL MES ACTUAL: \$365,00



72903780014020647397037600280376002877

DETALLE DE FACTURAS VENCIDAS NO ABOCADAS

Usted puede pagar las siguientes deudas:

TOTAL FACTURAS VENCIDAS	\$0,00
--------------------------------	---------------

TOTAL A PAGAR

Periodos meses 01/2014 **\$376,00**

Supercanal

00647397/0
Fecha: 20/12/13
Cliente: V002-01417

Nombre: GUTIERREZ MARINA
Periodo: 01/2014
Importe: \$365,00

72903650014010647397037600100376001162

Talón 2 - Para el recaudador

VENCIMIENTO: 10/01/14 - \$365,00

Vencimiento 10/01/14 - \$365,00
Recargo fuera de término \$11,00

CÓDIGO GESTIÓN TELEFÓNICA: 340710

IMPORTE COBRADO

Supercanal

00647397/0
Fecha: 20/12/13
Cliente: V002-01417

Mes actual(01/2014) - Importe \$365,00

72902010647397

Talón 3 - Para la empresa

VENCIMIENTO: 10/01/14 - \$365,00

Vencimiento 10/01/14 - \$365,00
Recargo fuera de término \$11,00

CÓDIGO GESTIÓN TELEFÓNICA: 340710

IMPORTE COBRADO

Talón 1 - Para el cliente



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR

Dr. Adm. Carina AGUILERA
Dirección de Discapacidad
MINISTERIO DE SALUD - TDF

00389081-2

CERTIFICADO N° ARG-01-00029776142-20130904-20150904-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: GUTIERREZ MARINA ANDREA		
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 29776142 N° CUIT/CUIL: 27297761426 F/NACIMIENTO: 22/9/1982		
DIAGNOSTICO: Alteraciones de la sensibilidad cutánea Otras dificultades de la micción Esclerosis múltiple		
DIAGNOSTICO FUNCIONAL: FUNCIONES CORPORALES: b265.3 b620.3 b4552.2		
ESTRUCTURAS CORPORALES: s11050.888 s1200.888 s110.888		
ACTIVIDAD PARTICIPACION: d8502.13 d2401.13 d5300.23 d8451.13 d2402.13		
FACTORES AMBIENTALES: e320.+4 e1101.+4 e310.+4 e355..3 e410.+4 e5801.+4		
ORIENTACION PRESTACIONAL: - REHABILITACION		
VENCIMIENTO: El presente certificado tiene validez hasta el: 04/9/2015		
El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.		
ACOMPANANTE: "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."		Acompañante: NO
LUGAR Y FECHA DE EMISION Lugar: Ushuaia Fecha emisión: 04/9/2013		
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° 317 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL FEJOO Claudia Claudia Fejoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	PROFESIONAL RUBIO Elena Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello



1550114120

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

00389081-2 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431		CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD 1550114120
ARG-01-00029776142-20130904-20150904-FGO-285		
APELLIDO GUTIERREZ NOMBRES MARINA ANDREA D.N.I. - F - 29776142 TIPO/NRO DOCUMENTO	22/09/1982 FECHA NACIMIENTO	JUNTA EVALUADORA PARA LA DISCAPACIDAD - USHUAIA EMITIDO POR
FECHA EMISION 04/9/2013 PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina Silvia Doray Médica M.N. N° 84597 - M.P. N° 317 Junta Evaluadora T.D.F.	FECHA VTO 04/9/2015 PROFESIONAL FEJOO Claudia Claudia Fejoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F.	ACOMPANANTE NO PROFESIONAL RUBIO Elena Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F.

Ushuaia, 04 de Diciembre de 2013.-

Concejo deliberante

SEÑOR PRESIDENTE

DAMIAN DE MARCO

S / D

Me dirijo a Ud. Con el fin de solicitar carteles de discapacidad para mi esposo (Molina Alberto Alfredo, DNI 14.457.985). Mi esposo presenta dificultad para caminar, por lo que se ayuda de un bastón. Su condición se agrava cuando se realiza diálisis durante cuatro horas, tres veces a la semana. Esta situación me lleva a mí a iniciar este pedido, ya que al llegar a la vivienda se hallan autos estacionados en el frente de la misma, por lo que debe caminar una cuadra o incluso más, lo que provoca en él un malestar físico. Adjunto fotocopias de su historia clínica.

Espero una pronta respuesta.

Me despido cordialmente.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	04/12/13 Hs. 17:19
Numero:	1543 Folias: 4
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	<i>[Firma]</i>

[Firma]
Romero Zulma Delia
DNI 17.736.119
Dirección: Soberanía Nacional 2667
TEL: 431695 / 15479948



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida

e Islas del Atlántico Sur

República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

"Gob. Ernesto M. Campos"

SERVICIO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA OCTUBRE DE 2013

Molina Alberto Alfredo

DNI:14.457.985

Paciente de 53 años con antecedentes de Diabetes Insulinodependiente de mas de 20 años de evolución, con muy malos controles glucémicos y poca adhesión al tratamiento y dieta, que desarrolla a lo largo de los últimos años una nefropatía diabética con microalbuminuria al comienzo y posteriormente déficit de función renal con Proteinuria creciente, llegando a valores nefróticos, con hipertensión severa y edemas generalizados y finalizando en deterioro de función renal con estadio terminal de la misma. La sintomatología ha ido aumentando en forma sostenida a lo largo del último año, se ha indicado la realización de fistula arterio venosa y con ella se ingresa en hemodiálisis el 21 de agosto de 2006, en plan de tratamiento crónico, trisemanal. Presenta además. Retinopatía diabética grado III-IV, polineuropatía diabética, Disautonomía, macro y microangiopatía de igual origen. TBC pulmonar año 2001 recibió tratamiento supervisado con RHZ x 60 tomas. Hepatitis C sin evidencia por laboratorio de lesión hepática. Asintomático.

1) ACCESO VASCULAR fistula arterio venosa nativa en miembro superior izquierdo

2) PRESCRIPCIÓN DE DIALISIS:

Tres veces por semana 4 horas cada vez. Lunes -Miércoles y Viernes.

Filtro Reoxed L21

Sodio 140meq/l y bicarbonato 30meq/l.

Bomba de sangre 400c.c.

Heparina 1.600 UI dosis de carga y 1200 UI/hora por tres horas, en perfusión continua.

Peso seco kg.: 88.3 Ganancia de peso interdialisis: 3.0-4.0K gs.

KTV 1,3 PCR 2.07 (09/2013) IMC 26,20

3) EXAMEN CARDIOVASCULAR E HTA: T.A. prediálisis 130-120/90 mm de Hg. F.C. 80 x min. Se comienza a disminuir dosis de antihipertensivos. Pudo disminuir. Dosis de vasodilatadores post desobstrucción renal pero luego progresivamente fue requiriendo aumento de dosis desde 2010. Se estabilizó con con Irbesartan 600mg/día+ carvedilol 25mg/día + Furosemida 1/2 por día+ Amlodipina 10mg/día.

4) METABOLISMO FOSFOCALCICO: Fosfatemia 4.5 mg/dl, Calcio: 8.9.g/dl. Producto fosfo cálcico 45. FAL 171 U/L. PTH, 08/2012 213pg/ml. 11/2012 129.3pg/m, 04/2013 150pg/ml, 06/2013 246pg/ml, 07/2013 140pg/ml. 09/2013 192pg/ml, 09/2013 192 Toma 6 calcio por día. Evidencia ahora mejor cumplimiento de la dieta.

5) SISTEMA NERVIOSO: Polineuropatía manifiesta en ambos miembros inferiores, con pérdida de masa muscular y disminución de sensibilidad en ambos miembros inferiores. Disautonomía gástrica y cardiovascular.

6) HEPATITIS Y SEROLOGÍAS: Hepatograma normal. GOT 42, GPT 41, BT 0,6, BD 0,3 BI 0,3

09/2013:

HIV: no reactivo

HbsAg, negativo

HCV : reactivo

Anti. Hepatitis C: reactivo

VDRL: no reactivo

AntiHBs no reactivo

Toxoplasmosis: no reactiva IgG, ni IgM

CMV IgG: Reactivo IgM NO reactivo

Huddleson: no reactiva.

Chagas: HAI: negativo

ELISA negativo

12/07 Indico nuevo esquema de vacunación por 3 dosis.

04/2010 Indico nuevo esquema de vacunación hepatitis B por tres dosis.

7) ANEMIA: Hto 26%, Hb: 8.2g%, Ferrerina 148 ug/dl. Ferritina 476, Transferrina 220, saturac. 67%. Con aporte de hierro parenteral por ahora suspendido desde 01/2011 + EPO ahora 12000UI post diálisis semanal desde 08/2012. Recibe ac. Fólico VO. Homocisteina 14 (09/2013)

Se transfunde 15/nov de 2011 2 UGRS

Se transfunde agosto del 2012 3 UGRS

8) ASPECTOS PSICOLÓGICOS: ha mostrado discreta buena predisposición al inicio de diálisis, confiado en que estará mejor. Presenta cierta no aceptación a síntomas propios de su diabetes que aun no controla bien. No creemos que cumpla con la dieta aunque ha

terido reuniones con el equipo de nutrición y numerosas explicaciones por parte del plantel médico de diálisis. Cuenta a otros trasgresiones dietéticas pero no justifica el peso que trae a diálisis.

9)ASPECTOS NUTRICIONALES: Albúmina: 3,1g%, Colesterol: 91mg/dl, TG 198 mg/dl, HDL 19 mg/dl Uremia prediálisis: 160mg/dl, K pre 4 mEq/l, Creat 12.2 mg/dl

OTROS PROBLEMAS:

11) Evaluado en forma reiterada por Cardiología por angor progresivo, al principio intradiálisis, con disnea paroxística nocturna, palpitaciones y limitación a la actividad por sensación de opresión mas de cuatro semanas. En alguna oportunidad internado en UTI para control en unidad de dolor precordial pero sin cambios luego de internacion. Asociado a HTA que ajustamos medicación, se agragan B Bloqueantes. Se realizo PEG insuficiente por HTA, Holter y Ecocardio con deterioro de la función sistólica y dilatación ventricular. Debido a recurrencia del cuadro anginoso 2río a Emergencia HT se interna y se realiza:

CCG (07/2007) donde se evidencia obstrucción del 40% del tronco de CD siendo interpretada como no significativa. Respto del arbol periférico de malas características 2río a patología diabética de base.

Se solicitó IC con diabetología para mejor manejo de sus glucemias. Hb glicosilada 09/08: 6.7

11/2007 Arteriografía Renal: Se observa obstrucción del 70% de arteria renal izq. Se coloca balon con stent recuperando flujo.

Se solicita a 3 meses de realizado la angioplastia, nuevo estudio angiografico sospechando reestenosis RESULTANDO NO SER SIGNIFICATIVA.

09/2008 Es evaluado por equipo de pretrasplante por hepatitis C Activa Crónica con probable requerimiento de tratamiento.

11/2008 se solicito carga viral+ genotipo para inicio de tratamiento con Interferon.

3/2009 Interferon bisemanal por indicacion de hepatóloga. Mal tolerado, empeora anemia, hiponatremia. Sintomas sistémicos.

INTERFERON. Suspendido por Médicas Hepatólogas itinerante del Hospital Italiano.

En plan de biopsia hepática transyugular.

06/2009 paciente con hemoptisis con antecedentes previos de TBC por lo que se solicita esputo en muestras por bacterio y anatomía patológica para BAAR y gérmenes comunes

12/09 Se Realiza biopsia bronquial por fibrobroncoscopia y el estudio anatomico patológico no revela atipia celular en las muestras extraídas. Imagen polipoide en bronquio derecho.

Nueva endoscopia 15 días después con desaparición de la imagen

04/2010 Internacion por Angina Inestable 2ría a HTA, lo que motivo CCG + arteriografía renal sin lesión significativa. Impresiona enfermedad parenquimatosa crónica.

Derivado a Buenos Aires 12 de marzo de 2010. Cambio de centro de trasplante, ahora Hospital británico.

11/8/2010 regresa de Buenos Aires, con fracaso de terapéutica con Interferon, con hto 26% y Hb de 8,3 gr % con sintomatología anémica importante por lo que se TSF II U GRS.

08/2010 Se reinterviene quirúrgicamente por mixoma frontal ahora dos mas en región parietal.

Con sintomatología gástrica (vómitos, sensación de plenitud) que interpretamos como gastroparesia DBT. Medicado con moperidona + cisapride.

Ecocardio 03/2011 normal sin dilataciones. Funcion normal, con Leve Insuficiencia Ao.

11/2011 Sincope y caída con importante traumatismo de cara, parrilla costal y muslo derecho. Se estudia con CCG igual lesion no significativa que la previa del 2007. Holter no infradesnivel. Se interpreta como 2río a anemia y/o trast electrofisiológico.

2/2012 Disnea y Rx de torax con sobrecarga. Intentamos bajar peso seco. Trae mucha sobrecarga a diálisis.

07/2012 Se interna por Neumonía de la comunidad y sobrecarga de volumen.

09/2012 importante síndrome Vertiginosos en estudio que le imposibilita la deambulacion. Rx de cervical normal. TAC de cerebro sin contraste normal. RMN sin lesiones. Es evaluado por Neurología quien realiza EMG con defici axonal y mielínico severo. Había iniciado con vasodilatadores cerebrales al que se agrega acido tiocico el mes 10/2012

06/2013 Disnea. Rx de torax con signos de sobrecarga. Empezamos a bajar el peso seco. Pido ecocardiograma.

Anemia. Proctorragia. Rectoscopia con hemorroides severas con estigmas sangrantes. Tos de + de 3 semanas. TAC de torax s/p. En espera de esputo.

10)TRASPLANTE Y CONDICION EN INCUCAI: Paciente inscripto en plan de diálisis crónica. Se realizo estudios de pretrasplante y fue evaluado por equipo quirúrgico. Ahora pendiente Biopsia Hepática ya realizada, COMENZO CON TTO DE Catalogado como de imposibilidad de tratamiento por lo que no se coloca en lista de espera de trasplante renal.

Medicación:

- Ac fólico 10 mg. Acifol. 1=una Caja x 60 comp por mes.

56 - 39/59

1543 - 4/4 Irbesartan 300 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg. Co Aprovel 300/12,5 ng. 2=dos cajas x 28 comp por mes.

- Furosemida 40 mg. Lasix. 1=una caja x 50 comp por mes.
- 1 alfa 28 dihidroxicolecalciferol 0,25 ug. Calcitriol. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Pantoprazol 20 mg. Pantus. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Clopidogrel 75 mg. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Amlodipina 10 mg. Amloc. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Vitamina B1, B6, B12. Bago B1, B6, B12 5000. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Carbonato de Calcio 1250 mg. Calcio Base Dupomar. 1=una caja x 60 comp por mes.
- Carvedilol 25 mg. Dilatrend. 1=una caja x 28 comp por mes.
- Insulina Humana Isófana (NPH). Insulatard HM Penfill 100UI/ml 5x3ml. 1=una caja de 5 cartuchos por mes.
- Accu-chek Active. Tiras reactivas. 1=un envase x 50 unidades.

Zorina Rita Aguad
Esp. Terapia Intensiva y Nefrología
MNI 189

1531 - 1/1

28 noviembre de 2013

Ciudad de Ushuaia

Sr. Presidente Consejo Deliberante

Damian De Marco

S/D

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 28/11/13	Hr: 11:30
Numero: 1531	Fojas: 1
Expta. N°	
Estado:	
Revisado:	

Me dirijo a usted, con el fin de solicitar el símbolo de accesibilidad para personas con Discapacidad Estacionamiento Reservado en mi domicilio, INTEVU 14 (barrio yaganes) casa 122 calle Francisco González, en mi caso soy discapacitado motriz en sillas de ruedas.

Gracias por su atención.



Luis Fernando GIANNAZZO
DISCAPACITADO MOTRIZ
DNI 13.837.887
436352.

1527 - 1/1



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

2013- "Año Del Bicentenario De La Asamblea General Constituyente de 1813"

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
SUBSECRETARIA DE FAMILIA
DIRECCION DE INFANCIA
DIVISION ADMINISTRACIÓN
Centro Infantil Integrado Amanda Béban

Nota Nº: 592/13.
Letra: MDS-Ss.Flia.D.I.U-Dto.CIAB.

Ushuaia, 19 de Noviembre del 2013.

HONORABLE CONSEJO DELIBERANTE
S _____ / _____ D:

Por medio de la presente nos dirigimos a quien corresponda, a los fines de gestionar la tramitación de ordenanza, con el objetivo que se declare en el espacio destinado al estacionamiento del Centro Infantil Integrado "Amanda Béban", con domicilio en Gobernador Paz Nº 1773, un espacio exclusivo con el cartel indicativo asignando para personas con capacidad reducida en el estacionamiento correspondiente a la institución.

Sin otro particular , a la espera de una respuesta favorable, me despido de Ud. muy atentamente.

C.I.I.A.B
s.f.o.

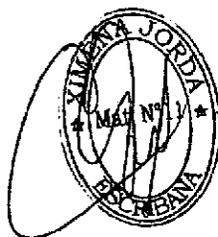
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 22/11/13	Hs. 11:02
Numero: 1527	Fojas: 1
Expte. Nº	
Girado:	
Recibido:	<i>[Signature]</i>

[Signature]
Ana Carina Cabrera
Centro Infantil Integrado
Jefe de Dpto
Amanda Béban

"Las islas Malvinas, Georgias sándwich del Sur son y serán Argentinas"



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



SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA
Dirección de Fiscalización Sanitaria - Ushuaia

CERTIFICADO N° 3385

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

Ushuaia, 05 de noviembre de 2010

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: Uscuk, Jorge
 (DNI) - LE - LC - CI N°: 11.439.734
 Fecha de nacimiento: 02.1.09 / 1955 Edad: 55 años Sexo: masculino
 Domicilio: 12 octubre 1335 Estado Civil: casado
 Provincia: Tierra del Fuego Localidad: Ushuaia
 Causa del daño (diag. final o presuntivo): Insuficiencia hepática

DEFICIENCIA: 6.62
 DISCAPACIDAD: 7.70.4 / 7.70.5 / 7.70.6
 DESVENTAJA: —

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas		X	
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., desv. y minusv.)

Validez del certificado:
 Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el 05/11/2020
 Requiere libre estacionamiento SI NO
 Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI NO
 Requiere vehículo adaptado SI NO

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PAR LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

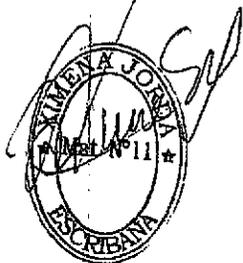
Firma del Presidente de la Junta Médica

FABIAN D. SINGACIA
MEDICO
M.M. 165

Firma de la Autoridad Sanitaria
 María José Lagos Lamas
 Médica M.M. 373
 Jefa Departamento de Reconocimientos Médicos
 Fiscalización Sanitaria Ushuaia

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.

FOTOCOPIA CERTIFICADA SELLO ACTUACION NOTARIAL ESCRIBANA Nº 160
CONSTE. - Ushuaia 26 de Agosto DE 2013



56 - 45/59
1412 - 5/5



ACTUACION NOTARIAL
LEY 285



E 00097160

En mi carácter de Escribano **Interinamente a cargo del Registro Notarial N°2 de la Provincia.**

CERTIFICO que el documento adjunto, extendido en **una** foja/s, que sello
y rubrico, es/son COPIA/S FIEL de su original, que tuve a la vista, doy fe.

USHUAIA, 26 de Agosto de 2013.-



1369 - 1/1

"2013-Bicentenario de la Asamblea Constituyente de 1813"

Ushuaia, 24 de Octubre de 2013.-

Nota n°1283/2013-C.R.P.T.F.

CONSEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA

SR. PRESIDENTE DAMIAN DE MARCO

S/ DESPACHO.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a fin de solicitar tenga bien en autorizar la colocación de carteles de estacionamiento para la exclusividad de las autoridades de la Caja Previsional Para El Personal Policial Y Penitenciario Provincial, Y Compensadora Para El Policial Del Ex Territorio De Tierra Del Fuego, Antártida E Isla Del Atlántico Sur.

Asimismo, pongo en su conocimiento que el edificio cuenta con un frente de 10 metros, para que Ud. pueda evaluar con cuantos lugares podemos contar.

Agradeciendo el curso favorable que se dé a la presente, hago propicia la oportunidad para saludarlo con distinguida consideración.



CONSEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA Y SALIDA	
ASUNTO INGRESADOS	
Fecha:	24/10/13 Ho. 12:37
Numero:	1369 Folios 1
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	<i>D. De Marco</i>

Crio. Mayor (R) Dardo E. ESTERO
Presidente - C.R.P.T.F.

1229 - 1/6

Ushuaia, 04 de octubre de 2013

**CONCEJO DELIBERANTE
DE LA CIUDAD DE USHUAIA**

S / D

Me dirijo a Ud., en mi carácter de hijo de la Sra. María Leonor Ruiz Mayorga DNI 18.810.752; domiciliados en la calle Soldado Jorge Águila nº 2738 del Bº La Cantera con Nomenclatura Catastral (sección F, macizo 37, parcela 15), con el fin de solicitar la colocación de cartelera reservada para persona con discapacidad en el frente del predio. Dicha razón se debe a que ella padece de Alzheimer y desde hace 1 año y medio, por la misma enfermedad, se encuentra postrada en su cama. Por lo cual, en varias oportunidades se ha hecho difícil el acceso para que la ambulancia u otros especialistas pudieran estacionar, ya que recibe todo tipo de controles y cuidados médicos.

Sin otro particular atte.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	04/10/13 Hs. 13:36
Numero:	1229 Fojas: 6
Expte. Nº	
Tramite:	
Recibido:	<i>[Firma]</i>

[Firma]
Ponteras, Jorge
26.094.660
15604572



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA ZONA 2



[Handwritten signature]
17/08/2015
Laba

Certificado N°: 2757
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 28 de agosto de 2008

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: Ruiz Meyorpa Maria Leonor
D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 18810752 Edad: 68 Sexo: Fem
Fecha de nacimiento: 26 / 07 / 38 Estado civil: Casada
Domicilio: Soldado Aquino 2738 Localidad: Ushuain
Provincia: TDF Tel.: 435104
Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): enf. Alzheimer

DEFICIENCIA: 1.12 ; 1.15.0 ; 1.15.2 ;
DISCAPACIDAD: 11.0 ; 12.0 ; 15 ; 50.3 ; 60.2 ;
DESVENTAJA: 1.4 ; 2.4 ; 4.5 ; 5.5 ; 6.4

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales			X
Sociales			X
Deportivas		X	
Observaciones:	<u>Válido hasta 29/08/2017</u>		

(Según el manual de Clasificación Internacional de Discapacidades, desventajas y minusvalías)

Dra. Mónica - M.M. 3781
Jefa Dto. Fiscalización Sanitaria-Ushuain
Dcto. Reg. y Fiscalización Sanitaria

"Digo" 29/08/2015

Validez del Certificado:

- Permanente: (válido por 10 años) Temporario: Valido hasta el: 28/08/08
- Requiere libre estacionamiento: SI NO
- Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos: SI NO
- Requiere vehículo adaptado: SI NO

Este certificado no es válido para la obtención de beneficios previsionales

Sergio Bobadilla
Médico
MN 114127

Dra. Liliana Estela Moyano
M.N. 64197 M.M. 237
Cecilia Resolador y Fiscalización Sanitaria

Dr. PATRICIO LABA
Médico Neurólogo
M. N. 60487

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Rubio Elena
Lic. Rubio Elena
Jefe División Certificaciones
Ushuaia - Ministerio de Salud

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. *Ushuaia, 4/10/2011*

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:

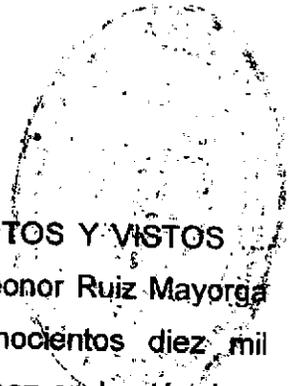
APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
<i>RUIZ MAYORGA MARIA</i>	
D.N.I. N° <i>18.810.452</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle.....N°.....Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....Barrio.....Localidad <i>Ushuaia</i>	
Provincia <i>Tierra del Fuego</i> CP <i>9410</i> Teléfono.....	

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

Saludo a Ud. atentamente.

[Signature]
Dra. MAZZOCCA Graciela
Dir. Provincial de Fiscalización
y Regulación Sanitaria ANH

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



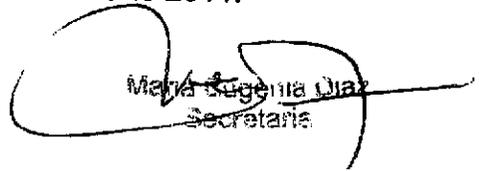
TESTIMONIO: "Ushuaia seis de octubre de dos mil once.- AUTOS Y VISTOS FALLO: UNO) Decretando la interdicción civil de Doña María Leonor Ruiz Mayorga (Documento Nacional de Identidad dieciocho millones ochocientos diez mil setecientos cincuenta y dos) y declararla por consiguiente incapaz en los términos del artículo cincuenta y cuatro inciso tercero del Código Civil por el plazo de tres años (Conforme artículo ciento cincuenta y dos ter del Código Civil). DOS) Nombrando curador definitivo a su hijo Jorge Antonio Contreras, (Documento Nacional de Identidad veintiséis millones noventa y cuatro mil seiscientos sesenta), quien previa aceptación del cargo ante la Actuaría le será discernido el mismo Apud-acta. TRES) Disponiendo que deberán realizarse los controles sociales y económicos de la causante, cada seis meses. Notifíquese a la insana, al Curador Provisional, al Curador Definitivo al Señor Asesor de Incapaces y al Ministerio Público Fiscal. Fecho, elévase al Superior en los términos del artículo quinientos setenta y seis punto seis del Código Procesal. CUATRO) Líbrense oficios al Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas y a la Secretaría Electoral a los efectos de que tomen nota de la interdicción dispuesta. (FIRMADO). Marco Mellien, Juez.-----

"En la ciudad de Ushuaia, a los dos días de Noviembre de dos mil once, comparece al Juzgado el Señor CONTRERAS, Jorge Antonio, quien acredito identidad con documento nacional de identidad número veintiséis millones noventa y cuatro mil seiscientos sesenta y manifestó que aceptaba el cargo de Curador Definitivo conferido a fojas ciento veintidós barra ciento veinticuatro vuelta de la Señora RUIZ MAYORGA, María Leonor comprometiéndose a desempeñarlo fielmente con arreglo a derecho, firmando por ante mi en prueba de conformidad, previa lectura y ratificación, de lo que doy fe".- (Firmado). María Eugenia Díaz, Secretaria.-----

Acto seguido compareció ante Su Señoría don CONTRERAS, Jorge Antonio, quien manifestó que habiendo aceptado el cargo de Curador Definitivo conferido a fojas ciento veintidós barra ciento veinticuatro vuelta; solicita el discernimiento del mismo. Oído lo cual Su Señoría procede a discernirle dicho cargo para que lo desempeñe fielmente y con arreglo a derecho. Con lo que terminó el acto firmando la compareciente, después de Su Señoría y por ante mi, de lo que doy fe.- (Firmado) Marco Mellien, Juez. María Eugenia Díaz, Secretaria.-----

Lo testimoniado es copia fiel de la sentencia definitiva obrante a fojas ciento veintidós y ciento veintitrés vuelta, registrada bajo el Número mil cuarenta y ocho, Libro número I Foja ciento doce de Sentencias Definitivas y de fs. 130 en los autos caratulados "RUIZ MAYORGA, María Leonor s/ insania" Expediente Número setecientos cuarenta y uno de dos mil nueve, en trámite por ante el Juzgado de Familia y Minoridad Número dos de la Ciudad de Ushuaia a cargo de su titular Dr. Marco Mellien, Secretaría de Familia a cargo de la Dra. María Eugenia Díaz.-----

Por mandato de S.S., expido el presente que sello y firmo en la ciudad de Ushuaia, a los 04 días del mes de Diciembre del año 2011.-----


María Eugenia Díaz
Secretaria

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DÍA: _____ / _____ / _____	
Sello	Firma Jefe Of. Secc.
<p>La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.</p> <p>Art. 13 - Ley 17.671.</p> <p>Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligadas a comunicar, en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.</p> <p>Art. 47 - Ley 17.671.</p>	

MERCOSUR
UNION MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD
Mujer o casada

0 JAS SILVA
Estrella de les

Mercedes
SEXO
1961
Mujer

UNIFORME DE DOCUMENTO
NACIONAL DE IDENTIDAD
18810753
Argentina

11950003342107

Nació/a el 3.19.61 en Champe , Provincia Santiago .	
Part. o Dpto:	Chile
Nación:	Chile
DOMICILIO:	Nº 392
Calle:	Marcos Zor Suf
Piso:	Dpto
Monoblock:	Ushuaia
Barrio:	Provincia Tierra del Fuego
Part. o Dpto:	Fuego
Oficina Ident.:	1717
Identif. el día:	26.7.00 Fecha de expiración: _____
Nº de CUIT o CUIL (si corresponde):	_____
Firma del interesado:	Estrella de les Jefe Oficina Seccional Registro Civil Ushuaia

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el **12** de **Noviembre** de 19 **99**.

Certificado de ciudadanía expedido por el Juzgado **Ted. de Ushuaia** **Tierra del Fuego**

Sello

MARTIN LOURDO JAVIER CASILLA
Firma autorizada - Anexo
Resolución RNP Nº 479/97

Firma



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN SANITARIA ZONA 2

Marisa E. Macchía
Jefe División Discapacitados
Ley 48 - Dirección Fiscalización
Ushuaia - M.S.

16 OCT. 2008

Certificado N°: 2371 -
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 23 de Agosto de 2006.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: Rojas Estrella
D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 18.810.753 Edad: 44 Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 03 / 10 / 1961 Estado civil: Soltera
Domicilio: Marcos Sar Jr 292 Localidad: Ushuaia
Provincia: Tierra del Fuego - Tel.: 429807
Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): Esp. de la C5-F1;
Esp. de la C5, secuelas de C.T. por interacción de
la lesión L5-S1, secuelas de patología en C5 y C6.
DEFICIENCIA: 7.71 - 7.79
DISCAPACIDAD: 70.51 - 70.53 - 71.3 - 71.5 -
71.93.
DESVENTAJA: 4.41 - 4.42 - 4.44 - 5.51 - 5.52;
5.55; 5.56; 6.69; 6.5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones: con descompensación	Dra. Susana Zajic Esp. en Medicina Laboral M.N. 93840 - M.M. 565 M. Laboral 6545		15 OCT. 2008

(Según el manual de Clasificación Internacional de Discapacidades, desventajas y minusvalías)

Validez del Certificado:

Permanente: (válido por 10 años) Temporario: Valido hasta el: 23/08/201

Requiere libre estacionamiento: SI NO

Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos: SI NO

Requiere vehículo adaptado: SI NO

Este certificado no es válido para la obtención de beneficios previsionales

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 - M.M. 565
M. Laboral 6545

Dr. ADRIAN OLLA
TRAUMATOLOGIA
M.N. 100757

GOMEZ JUAN LUIS
MEDICO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
M.M. 562 - M.N. 106979

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, y los Hielos Continentales, son y serán Argentinos"

Maria Moyano



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

Marisa E. Macchia
Marisa E. Macchia
Jefe División Discapacidad
Ley 48 - Dirección Fiscalización
Ustucua - M.S.

16 OCT. 2008

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha.....

Sr: Director del Hospital..... *Olivo*

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	
<i>Rojas SILVA Estrella de las Mercedes</i>	
D.N.I. N° <i>18.810.753</i>	C.I. N° <i>-</i>
L.C. N° <i>-</i>	L.E. N° <i>-</i>
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <i>7 de Julio</i> N° <i>382</i> Piso <i>-</i> Dpto. <i>-</i> Entre calle <i>-</i>	
Calle <i>-</i> Barrio <i>Bosquecito</i> Localidad <i>2154</i>	
Provincia <i>T del Fuego</i> CP <i>S. Y. 10</i> Teléfono <i>42 4907</i>	

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

Saludo a Ud. atentamente.

Liliana Moyano
Dra. Liliana Moyano
MN 65022 MM 237
Directora Fiscalización
Sanitaria
Ministerio de Salud
Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



[Handwritten Signature]
JBL DIVISION DIST.
Ley 48 - Dirección Fiscalización
Oficina - M.S.

15 OCT. 2008

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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Rojas Estrella
.....
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

*Efema de la lesión L5-S1, secuelas de cirugía
res. tendos de poleas Lumbosacra*
.....

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

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

Resumen de historia clínica

Exámenes de laboratorio actualizado

Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

(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: *66* %
(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: *18 de Septiembre del 2006*

de 20..... *18/09/2006*

Firma del médico actuante *[Signature]*

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 83846 M.M. 565
Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

Dra. Lilitiana Moyano
M.N. 65092 M.M. 237
Esp. en Medicina Laboral
Fiscalización Sanitaria
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

965 1/2

Ushuaia. T.D.F

15-08-2013

Concejo Deliberante:

Me dirijo a quien corresponda, con el fin de solicitar los corteles de discapacidad para que sean colocados en el frente de mi casa, para preservar el lugar de mi hija Elizabeth Gracely Barria, DNI: 33.494.006 la cual es retirada todos los días de mi domicilio por el transporte especial que la lleva hacia el C.A.A.D.

Desde ya, Muchas Gracias.

Saluda atte.

Sandra Hara,
DNI = 92843470

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	15/08/13 Hs. 09:38
Numero:	965 Fojas: 2
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

Area Legislativa
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN SANITARIA ZONA 2

Certificado N°: 207108
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 16 de SEPTIEMBRE de 2008

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: BARRÍA ELIZABETH ARACELI
 D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 33494006 Edad: 20 Sexo: F
 Fecha de nacimiento: 07/01/88 Estado civil: SOLT
 Domicilio: CABO DE HORNOS 3927 Localidad: USH
 Provincia: TDF Tel.: 445487
 Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): SÍNDROME DE WENDOX - PSICOSIS SECUNDARIA.

DEFICIENCIA: 1.11 - 1.19 - 2.21 - 2.24 - 2.25 - 2.26 - 2.29 - 3.30 - 3.31 -
 DISCAPACIDAD: 1.10 - 1.13 - 1.14 - 1.15 - 1.17 - 1.18 - 2.28 - 5.50 - 5.51 -
 DESVENTAJA: 1.5 - 2.8 - 4.8 - 5.6 - 6.6 -

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales			X
Sociales			X
Deportivas		X	
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Discapacidades, desventajas y minusvalías)

Validez del Certificado:

Permanente: (válido por 10 años) Temporario: Valido hasta el: 16/09/2018
 Requiere libre estacionamiento: SI NO
 Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos: SI NO
 Requiere vehículo adaptado: SI NO

Este certificado no es válido para la obtención de beneficios previsionales

[Signature]
 M.C. ADRIANA CASABIANCA
 M.C. PSICÓLOGA (UBA)
 M.C. SANDRA CUADRADO
 M.N. 33674
 Hosp. Reg. Ushuaia

[Signature]
 Dra. Susana Zajic
 Esp. en Medicina Laboral
 M.N. 9384
 M. L. 6645

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, y los Hielos Continentales, son y serán Argentinos"

887/2013



USHUAIA, 30 DE JULIO DE 2013.

AL PRESIDENTE DEL CONCEJO DELIBERANTE

DON DAMIAM DE MARCO

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo ante usted con motivo de solicitar una solución ante una problemática que estamos sufriendo cotidianamente con vecinos que no respetan los derechos de los terceros.

La dificultad en cuestión, se refiere a que cuento con un local comercial en la calle Kuanip 1195, y los vecinos de número de puerta 1209 alquilan habitaciones por lo que se estacionan durante todo el día los vehículos pertenecientes a los que allí habitan, generando la siguientes problemáticas:

- LAS EMPRESAS TRANSPORTISTAS NO PUEDEN BAJAR LA MERCADERÍA.
- NUESTROS CLIENTES NO TIENEN DÓNDE ESTACIONAR, LO QUE NOS PERJUDICA COMERCIALMENTE.
- NOSOTROS MISMOS NO TENEMOS DÓNDE ESTACIONAR NUESTRO VEHÍCULO.
- EN ÉPOCA INVERNAL, AL ESTAR TODO EL TIEMPO LOS VEHÍCULOS ESTACIONADOS, NO PUEDE PASAR LA MÁQUINA PARA REALIZAR LA LIMPIEZA PERTINENTE.
- CABE HACER MENCIÓN QUE EL DUEÑO DE LA PROPIEDAD TIENE GARAGE Y FUERA DE QUE NO SE PUEDE ESTACIONAR AL FRENTE DEL MISMO, NO LO UTILIZA PARA GUARDAR LOS VEHÍCULOS DE SUS INQUILINOS.
- SOLICITAMOS LO SIGUIENTE: LA MARCACIÓN PARA EL ESTACIONAMIENTO DE NUESTROS CLIENTES EN EL ESPACIO QUE OCUPA NUESTRO LOCAL DENTRO DEL SIGUIENTE HORARIO: DE LUNES A SABADOS DE 10 A 21 HS. (HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO DE NUESTRO LOCAL)

Sin otro particular, paso a saludarlo, quedando a la espera de una pronta y positiva respuesta.

Oscar Magoia

NIKEL'ART - ARTÍSTICA - KUANIP 1195 - CP: 9410 - USHUAIA - TDF. TEL: 02901 - 445716 - e-mail: nikelart2009@gmail.com

COMANDO EN JEFE GOBIERNO USHUAIA	
COMISIÓN DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ACUNTOS SOBRESADOS	
30/07/13	Hs. 13:00
Nº 887	Folios: 1
Expte. Nº 146-CL-2013	
Dirigido:	
Recibido:	