REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

APELLIDO/S:
PEÑA

NOMBRE/S:
AMELIA ANTONIA

NUMERO DE DOCUMENTO:
F0.393.515

SEXO: F

NACIONALIDAD:
ARGENTINA

FECHA DE EXPEDICION:
01 AGO 2011

FIRMA DEL IDENTIFICADO

FECHA DE VENCIMIENTO
01 AGO 2026



NO VALIDO PARA VOTAR

IDARGF0393515<7<<<<<<<<<<<<<<<
2505107F2608019ARG<<<<<<<<<<<8
PENXXA<<AMELIA<ANTONIA<<<<<<<<

DOMICILIO AV CALLAO 1690 3 B - CIUDAD DE BUENOS AIRES - CIUDAD DE BUENOS AIRES - ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO 10 MAY 1925 - CIUDAD DE BUENOS AIRES

DNI





N° DE TRAMITE 00063119370

OF. IDENT 9001

DIGITO PULGAR

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

Documento con firma digital. Certificado emitido por ANSES

COLEGIO DE ESCRIBANOS de la CIUDAD de BUENOS AIRES

Caja Notarial Complementaria de Seguridad Social

Colegio de Escribanos de la Ciudad de Buenos Aires

Apellido y nombre
PEÑA, AMELIA ANTONIA

Plan B

Nº de afiliado
P/1422/00

Fecha de nacimiento
05/10/1925

Nº de documentación DNI. 00393515

MATRICULA FEDERAL
del INTERIOR
Ley 22.192



Nombre: Juan Pablo

Apellido: ALLEVATO

DNI
Documento: 31.896.591

firma

CREDENCIAL DE ABOGADO

TOMO: 119 **FOLIO:** 797

CÁMARA FEDERAL DE APELACIONES
SAN MARTIN
(PCIA. BS. AS.)

San Martín (Bs.As.), 27-03-2014.--

lugar y fecha de juramento

MARCELO DARIO FERNANDEZ

firma de la autoridad competente

Ministerio de Salud
República Argentina

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ARG-01-00000393515-20260616-20270616-BUE-432

100996208

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: PEÑA Amelia Antonia

TIPO Y N° DOCUMENTO: D.N.I. - F - 393515 **N° CUIT/CUIL:** 27003935154 **F.NAC:** 10/05/1925

FECHA DE ACTUALIZACIÓN
16/06/2027

6159124074

CONDICIÓN DE SALUD:

Incontinencia fecal. Incontinencia urinaria, no especificada. Anormalidades de la marcha y de la movilidad. Fractura del hombro y del brazo. Demencia, no especificada. Hipoacusia neurosensorial, bilateral.

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO:

- Funciones Corporales:
  b144.3 b710.3 b770.4 b730.3 b6202.4 b5253.4 b140.2 b114.3 b230.3

- Estructuras Corporales:
  s7700.370 s260.373 s110.888

- Actividad / Participación:
  d115.34 d230.34 d4702.44 d310.34 d350.34 d640.44 d163.23 d510.44 d220.34 d710.23 d630.44 d410.34 d210.34 d860.44 d160.23 d530.44 d430.34 d520.44

- Factores Ambientales:
  e340.+1 e310.+1 e1150.+1 e1201.+1 e355 +1 e5801.+1 e1101.+1 e5502.+1

ORIENTACIÓN PRESTACIONAL:
PRESTACIONES DE REHABILITACION.

ACOMPAÑANTE: SI	*"En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado".*

LUGAR: San Antonio de Areco **FECHA DE EMISIÓN:** 16/06/2026

EMITIDO POR: Junta Evaluadora de San Antonio de Areco

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
CAIRELLA LIQUR Marisa Evangelina M.P. 59450 Mat. MP 59450	LIZZA María Carmen Mat. MP 25587	TAFURA, Carolina mat. MP 1699

El presente certificado no comprende la evaluación de capacidad laborativa.

www.argentina.gob.ar/salud/senadis

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

100996208

6159124074

Número de Certificado
ARG-01-00000393515-20260616-20270616-BUE-432

Fecha de emisión
16/06/2026

Fecha de actualización
16/06/2027

Emitido por
Junta Evaluadora de San Antonio de Areco

Ministerio de Salud | Secretaría Nacional de Discapacidad

Nombre
Amelia Antonia

Apellido
PEÑA

Documento
D.N.I. - F - 393515

Fecha de Nacimiento
10/05/1925

Acompañante
SI

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD | Ministerio de Salud República Argentina | Secretaría Nacional de Discapacidad

Paciente: AMELIA PEÑA

DNI: 0393515

Edad: 100 años

Obra social: Caja Notarial

N.º de afiliada: P/1422/00

Fecha: 26/08/2026

Paciente de 100 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, deterioro cognitivo crónico, reemplazo bilateral de cadera y cirugía de codo izquierdo.

Presenta además antecedente de caída de propia altura con traumatismo encéfalo craneano sin pérdida de conocimiento y fractura bilateral de húmero, con fracturas impactadas de ambos cuellos quirúrgicos humerales, habiéndose adoptado conducta traumatológica conservadora.

Actualmente presenta deterioro cognitivo y funcional, trastorno de la movilidad y dependencia de terceros para las actividades de la vida diaria, requiriendo asistencia y supervisión permanente.

La paciente se encuentra actualmente institucionalizada en Hogar Permanente, adecuadamente adaptada a la institución y a su equipo de cuidados.

En el establecimiento realiza kinesioterapia, terapia ocupacional, estimulación neurocognitiva, actividades de arte y asistencia psicológica, intervenciones destinadas a mantener sus capacidades funcionales y cognitivas remanentes, favorecer la movilidad, disminuir el riesgo de mayor deterioro y sostener su calidad de vida.

Por su edad avanzada, deterioro cognitivo crónico, dependencia funcional, antecedentes traumatológicos, limitación de la movilidad y elevado riesgo de caídas, prescribo continuidad de internación en Hogar Permanente con Centro de Día Categoría A, con asistencia y supervisión permanente las 24 horas, los 7 días de la semana.

Asimismo, indico continuar con las actividades terapéuticas interdisciplinarias que actualmente realiza: kinesioterapia, terapia ocupacional, estimulación neurocognitiva, arte y psicología.

La paciente se encuentra adaptada a su actual institución, entorno y equipo asistencial, por lo cual se desaconseja su cambio o traslado a otra institución, dado que la modificación de su entorno habitual podría ocasionar descompensación cognitiva y conductual, pérdida de referencias y mayor deterioro funcional.

Sello y firma del médico:

María Victoria La Cámera
Médica
M N 100580 M P 451817

Anexo 7

Medida de Independencia Funcional

Nombre: AMELIA ANTONIA PEÑA Edad: 100 DNI: 0393515

N° de Beneficiario: P/422/00 Institución:

Medida de Independencia Funcional (FIM)		
Actividad		
Autocuidado		Puntaje
1	Comida (Implica uso de utensilios, masticar, tragar)	1
3	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	1
4	Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, asi como colocar ortesis o protesis)	1
5	Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o protesis)	1
6	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y despues del uso del baño)	1
Control de esfínteres		
7	Controlar instestino (implica el control completo e intencional de la evacuación instestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	1
8	Controlar vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	1
Modalidad		
Transferencia		
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posicion inicial, si camina lo debe hacer de pie)	1
10	Transferencia de toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	1
11	Transferencia a la ducha o bañadera (implica entrar y salir de la bañadera o ducha)	1
Locomoción		
12	Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	1
13	Escaleras (implica subir y bajar escalones)	1
Comunicacion		
14	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	2
15	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	2
Conexión		
16	Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	2
17	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	1
18	Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorizacion de actividades simples y/o rostros familiares	1
	Puntaje FIM TOTAL	20

Puntaje:
Independiente
7 Independiente Total
6 Independiente con adaptaciones
Dependiente
5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)
4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o mas)
3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o mas)
2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o mas)
1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25)

Equipo Evaluador:

Lic. [illegible] Magarena
Kinesióloga
M.N. 7487

Fecha: 19/08/2026

María Victoria La Cámera
Médica
M.N. 120580 M.P 451817

Escaneado con CamScanner

RESIDENCIA SAN JOAQUÍN

Pilar,25 de Agosto de 2026

Ref. Servicios Residencia Geriátrica SAN JOAQUÍN
CUIT: 30714296147

De acuerdo a lo solicitado por La Sra. Amelia Peña con DNI 3.93515 con cobertura Pami 5008079717513601 envío presupuesto. Se detallan a continuación las prestaciones brindadas por esta institución:

- Servicio Médico.
- Atención permanente de enfermería.
- Actividades de rehabilitación: kinesio-terapia, educación física e hidroterapia.
- Actividades de estimulación cognitiva e integración social: músico-terapia, terapia ocupacional, taller de estimulación cognitiva, taller de arte, taller literario, taller de huerta, taller de cine debate, juegos de improvisación teatral, ciclos de actualidad, entre otros.
- Amplia zona de parques y jardines.
- Pileta climatizada interior.
- Áreas para esparcimiento, ejercitación, lectura.
- Instalaciones en buenas condiciones de higiene y confort.
- Amplio living y comedor.
- Habitaciones y baños acondicionados para personas discapacitadas.
- Personal calificado para el cuidado de las necesidades de los residentes.
- Visitas abiertas.
- Festejos de cumpleaños y demás acontecimientos.
- Dieta completa balanceada.
- Provisión de sábanas y toallas.
- Lavado y planchado de ropa.
- Teléfono, TV, conexión Wifi.
- Adicionales no incluidos: manicuría, peluquería, podología, medicamentos y pañales.

El arancel presupuestado en habitación doble es de $5.500.000 + IVA mensuales (pesos cinco millones quinientos mil más IVA) con ajustes trimestrales por IPC.

RESIDENCIA SAN JOAQUÍN

G O B I E R N O DE LA P R O V I N C I A DE B U E N O S A I R E S
2023 - Año de la democracia Argentina

Resolución

Número: RESO-2023-331-GDEBA-SSGIEPYFMSALGP

LA PLATA, BUENOS AIRES
Viernes 17 de Febrero de 2023

Referencia: EX-2022-37529295-GDEBA-DPTESMSALGP - RESO- HAB- RESIDENCIA SAN JOAQUIN

VISTO el expediente N° EX-2022-37529295-GDEBA-DPTESMSALGP, por el cual se gestiona la Habilitación del establecimiento denominado "RESIDENCIA SAN JOAQUÍN", sito en Ruta Provincial N° 6 Km 171.5, de la localidad y partido de Pilar, propiedad de la firma HOTEL SPA ESTANCIA SAN JOAQUÍN S.A. (CUIT: 30-71429614-7), y

CONSIDERANDO:

Que a orden 3 obra nota de solicitud del Director de Salud ESPEJO COZZI, Andrés Alberto, dirigida a la Dirección de Fiscalización Sanitaria;

Que a orden 5 se adjunta acreditación de la propiedad;

Que a orden 6 se acompaña contrato social, inscripción en el registro correspondiente y constancia de CUIT;

Que a orden 7 luce plano con distribución, medidas y denominación de ambientes que componen el establecimiento;

Que a órdenes 9 y 10 se agregan nota de aceptación de cargo y documentación respaldatoria del Director de Salud;

Que a órdenes 18, 21 y 29 se constatan las condiciones del establecimiento por Acta de Inspección N° 119792 y material fotográfico, respectivamente;

Que a orden 27 se verifican los pagos por el Sector Administrativo Contable;

Que a orden 34 el Director de Fiscalización Sanitaria y la Jefa a cargo del Departamento Establecimientos de Salud, acreditan el cumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley 14263, Decreto Reglamentario 1190/12 y Resolución N° 3904/13;

Que presta conformidad el Director Provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria;

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el Decreto 1181/22;

Por ello,

LA SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN PERMANENTE Y FISCALIZACIÓN

RESUELVE

ARTÍCULO 1º. Habilitar el establecimiento denominado “RESIDENCIA SAN JOAQUÍN”, sito en Ruta Provincial N° 6 Km 171.5, de la localidad y partido de Pilar, para su funcionamiento como RESIDENCIA PARA ADULTOS MAYORES DE ALTA COMPLEJIDAD (Categoría A2), con una capacidad de veinte (20) camas.

ARTÍCULO 2°. Reconocer como Director de Salud del citado establecimiento, al Dr. ESPEJO COZZI Andrés Alberto, M.P. N° 59.081.

ARTÍCULO 3°. Reconocer como propietaria del mencionado establecimiento, a la firma HOTEL SPA ESTANCIA SAN JOAQUÍN S.A., inscripta en la DPPJ bajo la matrícula N° 118.503 (CUIT: 30-71429614-7).

ARTÍCULO 4°. Conforme a la Disposición Nº DI-2018-348-GDEBA-DPRYFSMSALGP la presente habilitación tiene validez de cinco (5) años a contar desde la fecha, debiendo gestionar su renovación al término de dicho plazo.

ARTÍCULO 5°. Notifíquese. Cumplido, archívese.

Digitally signed by CERIANI Leticia María
Date: 2023.02.17 15:07:37 ART
Location: Provincia de Buenos Aires

Leticia Maria Ceriani
Subsecretaria
Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización
Ministerio de Salud

Correo Argentino

OBLEA SUPERIOR DE ETIQUETA T&T

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE			DESTINATARIO		
LEONI MARIANA			COLEGIO DE ESCRIBANOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES		
DOMICILIO: CERRITO 782, PISO 3			DOMICILIO: AV. CALLAO 1542		
CÓDIGO POSTAL: 1010	LOCALIDAD: C.A.B.A.	PROVINCIA: C.A.B.A.	CÓDIGO POSTAL: 1024	LOCALIDAD: C.A.B.A.	PROVINCIA: C.A.B.A.

En mi carácter de hija de la Sra. Peña Amelia Antonia, DNI F0.393.515, en su nombre y representación y atento a encontrarse imposibilitada de concurrir al correo personalmente, intimo a Usted a que brinde en forma urgente en el plazo de 48hs, cobertura al 100% del costo de la internación en Hogar Permanente con CENTRO DE DÍA categoria A + 35% en concepto de dependencia en la Institución denominada Residencia San Joaquín, ubicada en Ruta Provincial N°6 km 171.5, Pilar, Provincia de Buenos Aires, sin topes ni límites, conforme ley 24.901.
Vuestra actitud de negarle la prestación mencionada es arbitraria, discriminatoria e ilícita, ya que contraviene la normativa vigente que garantiza el derecho a una cobertura oportuna, integral y eficaz, todo ello conforme lo dispuesto por la Constitución Nacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Americana de los Derechos del Hombre, el Protocolo de San Salvador, las leyes nacionales 23.592, 23.660 y 23.661.
Ante vuestro incumplimiento, reitero la solicitud realizada, y les recuerdo que vuestra decisión de negarle la cobertura prescripta vulnera su derecho a la salud y coloca a mi madre en un estado de indefensión y abandono que apareja serias consecuencias para su salud psico-física y pone en riesgo su vida. Por tal motivo los responsabilizo directamente de todas las consecuencias que se deriven de vuestra intempestiva actitud haciendo reserva de iniciar acciones por negligencia médica, mala praxis, abandono de persona, daños y perjuicios, y demás acciones que pudieran corresponder.
QUEDAN UDS. DEBIDAMENTE NOTIFICADOS.

COLEGIO DE ESCRIBANOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MARIANO LEONI 14223055

Doble por aquí

Doble por aquí

Correo Argentino
REPÚBLICA ARGENTINA
CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL EXPEDIDO EN LA FECHA
CARTA DOCUMENTO NRO MD080896404AR
CONFRONTADO CONFORME
FECHA 31/08/2026 FIRMA .....

Correo Argentino
31 AGO 2026
DENOMINAC. UP/SUC
NIS C0076
DH
SUC. TRIBUNALES - PARANA 217 - C1015ZAA

CIRO GABRIEL TOLEDO
RVS LEG. 206552
CORREO OFICIAL DE LA REP. ARG. S.A.

4010905110

Resultados de la consulta para la pieza: MD-6096404-AR

Fecha	Planta	Historia	Estado
02-09-2026 11:18	CDD CASA CENTRAL	INTENTO DE ENTREGA	ENTREGADO
02-09-2026 08:40	CDD CASA CENTRAL	EN PODER DEL CARTERO	
02-09-2026 06:44	CDD CASA CENTRAL	LLEGADA AL CENTRO DE PROCESAMIENTO	
02-09-2026 02:14	CTP BUENOS AIRES	EN PROCESO DE CLASIFICACIÓN	
01-09-2026 02:11	CTP BUENOS AIRES	LLEGADA AL CENTRO DE PROCESAMIENTO	
31-08-2026 17:13	TRIBUNALES 1	EN PROCESO DE CLASIFICACIÓN	
31-08-2026 13:23	TRIBUNALES 1	INGRESO AL CORREO	

Cantidad de movimientos 7

Imprimir

Signature Not Verified
Digitally signed by JUAN PABLO ALLEVATO
Date: 2026.10.30 13:03:49 ART