



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
HOJA DE SERVICIOS

LEGAJO Nro. : _____

APELLIDO:

NOMBRES:

DOMICILIO:

N° _____ TEL: _____

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR:

NOMBRE DEL PADRE:

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE:

APELLIDO CONYUGUE:

NOMBRE:

D.N.I.	CEDULA DE IDENTIDAD	PASAPORTE	NACION DE ORIGEN
--------	------------------------	-----------	---------------------

DOCUMENTO N°:

EXPEDIDA POR :

PROFESION:

ESTUDIOS CURSADOS, ESPECIALIDADES e IDIOMAS:

DESEMPEÑO EN OTROS CARGOS O EMPLEOS:

RENUMERACION:

Firma del Agente

Director de Personal



**DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES Y LABORALES
DEL PERSONAL UNIVERSITARIO**

Resolución N° 0008/98 y Disposición S.H. N° 001/98

DATOS PERSONALES:

1. LEGAJO: (Indicar de Derecha a Izquierda)

2. DEPENDENCIA _____

3. APELLIDO PATERNO _____

4. APELLIDO MATERNO _____

5. NOMBRE COMPLETO _____

6. DOCUMENTO: DNI LC LE PAS DU
(Tachar lo que no corresponda)

N°: _____

Cédula de Identidad N°: _____ Expedida por: _____

7. N° DE CUIL: - -

8. SEXO: M F (Indicar con una X)

9. FECHA NACIMIENTO:

10. NACIONALIDAD: _____

11. ESTADO CIVIL _____ 12. GRUPO SANGUINEO:

13. FACTOR RH: (+) o (-)

14. DOMICILIO PARTICULAR:

Calle _____ N°

Departamento: Piso:

Código Postal: Localidad: _____

Provincia _____ Teléfono:

DATOS LABORALES:

15. CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFISICA U.N.C. SI NO AÑO:
(Tachar lo que no corresponda)



**DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES Y LABORALES
DEL PERSONAL UNIVERSITARIO**

Resolución N° 0008/98 y Disposición S.H. N° 001/98

16. PERTENENCIA DE PASIVIDADES: (Indicar con una X)

Jubilación: Retiro:

En caso de ser Titular de alguna Pasividad, mencionar la Institución o Caja que lo abarca:

.....Desde que fecha:

17. BENEFICIO PREVISIONAL: (Indicar con una X)

AFIP: NOMBRE:

REPARTO:

18. SITUACION LABORAL EN LA U.N.C.

❖ Fecha de Ingreso:

REGIMEN: AUTORIDADES SUPERIORES

Cargo Actual:

Dedicación: 1 2 3 1-Exclusiva; 2-T.Completa; 3-T.Parcial
(Tachar lo que no corresponda)

Función:

REGIMEN: PERSONAL DOCENTE

Cargo Actual:

Dedicación: 1 2 3 1 2 3 1 2 3

(Tachar lo que no corresponda) 1-Exclusiva; 2-Semi_Exclusiva; 3-Simple

Situación de Revista: Regular Interino (Indicar con una X)

- Nombrar la Unidad Académica que lo ha designado:
- Indicar dónde percibe sus haberes (Lugar de Pago):
- Nombrar la/s Unidad/es Académica/s donde presta servicios:
- Mencionar el Departamento, la/s Carrera/s y la/s Asignatura/s que dicta:



**DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES Y LABORALES
DEL PERSONAL UNIVERSITARIO**

Resolución N° 0008/98 y Disposición S.H. N° 001/98

Licencias:

Con Goce	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Sin Goce	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

 (Indicar con una X)

Desde:..... Hasta:.....

Motivo de la Licencia:.....

REGIMEN: PERSONAL NO DOCENTE

Categoría Actual:

<input type="checkbox"/>

 (Indicar con una X)

Agrupamiento:

Administrativo	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Técnico	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

Profesional	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Asistencial	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Mantenimiento y Producción	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------

Servicios Generales	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

Función o Tarea que desempeña:.....

Situación de Revista:

Permanente	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Contratado	Tesoro Nacional	<input type="checkbox"/>
	Rec. Propios	<input type="checkbox"/>

Licencias:

Con Goce	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Sin Goce	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

 (Indicar con una X)

Desde:..... Hasta:.....

Motivo de la Licencia:.....

Suplementos:

Subrogancia	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

 Categoría Subrogada:

<input type="checkbox"/>

(Indicar con una X) Función Subrogada:.....

Riesgo	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Asignación Complementaria

Función Crítica (Planta perm)

SI	NO
----	----

 (Tachar lo que no corresponda)

Contrato Función Crítica:

SI	NO
----	----

 (Tachar lo que no corresponda)

Reducción Horaria:

SI	NO
----	----

 Horas Reducidas:

<input type="checkbox"/>



**DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES Y LABORALES
DEL PERSONAL UNIVERSITARIO**

Resolución N° 0008/98 y Disposición S.H. N° 001/98

**19. OTRAS ACTIVIDADES LABORALES ACTUALES O DESEMPEÑADAS
(CON APORTES PREVISIONALES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA)**

Entidades Públicas: Nacionales – Provinciales - Municipales

Nombre/s	Cargo o Categoría	Función	Desde / Hasta
1.			
2.			
3.			

Horario Laboral	N° de CUIT	Domicilio Legal
1.		
2.		
3.		

Entidades Privadas:

Nombre/s	Cargo o Categoría	Función	Desde / Hasta
1.			
2.			
3.			

Horario Laboral	N° de CUIT	Domicilio Legal
1.		
2.		
3.		

• **Otras Actividades Laborales Sujetas a Retención**

.....

20. PERCEPCION DE ASIGNACIONES FAMILIARES

U.N.C.: 100 % 50 % (Indicar con una X)

Si percibe Asignaciones Familiares por otro Organismo, nombrar el mismo.....

.....

Perciba o no asignaciones familiares, completar el siguiente cuadro:
Ejemplo: cónyuge, hijos y otros familiares a cargo.

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Sexo	Incapacidad	Escolaridad			
						1	2	3	4

1: Primaria; 2: Secundaria; 3: Terciaria; 4: Universitaria



**DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES Y LABORALES
DEL PERSONAL UNIVERSITARIO**

Resolución N° 0008/98 y Disposición S.H. N° 001/98.

21. SEGURO DE VIDA SOCIAL OBLIGATORIO

Beneficiarios (Apellido y Nombres)	Tipo y N° De Documento	%
		100 %

22. TITULO

Tipo 1 2 3 4 5	Denominación	Fecha Emisión	Duración Carrera	Tesis SI NO	Entidad Otorgante	Ciudad	País

1: Primario; 2: Secundario; 3: Terciario; 4: Universitario; 5: Post-Grado. Se consignará el último Título. Para los Títulos Universitarios o de Post-Grado, nombrar a todos.

23. IDIOMAS

Lengua	LEE		HABLA		ESCRIBE		TITULO	DURACION	ENTIDAD OTORGANTE	FECHA DE TITULO
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				

Lugar y Fecha:

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos. Asimismo me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento, u omisión, dará motivo a las consecuencias jurídicas y/o sanciones disciplinarias que pudieran corresponder, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro. Dicha declaración consta de cinco fojas las que deberé rubricar una por una.

.....
Firma del Declarante

Lugar y Fecha:

Certifico la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en presente declaración, el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

.....
FIRMA DEL RESPONSABLE ADMINISTRATIVO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

CERTIFICADO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

A: DIRECCIÓN DE RELACIONES CON EL PERSONAL – DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Certifico que el/la Sr./a.: _____

D.N.I. N°: _____ Clase: _____ Legajo N°: _____

Designado/a por Resolución N°: _____ Rectoral: _____

Comenzó a prestar servicios el día _____ mes _____ año _____

Como: (consignar cargo y dedicación) _____

_____ hasta el ____ / ____ / ____.-

Lugar de Pago: _____.-