



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACIÓN JURADA
Ingresantes y Reingresantes
Form. DRH 001

Apellido y Nombres:

Doc. Ident.:

Nº

1. No podrán ingresar (Art. 8 Ley 22.140)

- a) El que haya sido condenado por delito doloso. El Poder Ejecutivo Nacional podrá autorizar su ingreso, si en virtud de la naturaleza de los hechos, las circunstancias en que se cometieron o por el tiempo transcurrido, juzgare que ello no obsta al requisito exigido en el artículo 7º, inciso b) de este Régimen.
- b) El condenado por delito cometido en perjuicio de o contra la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal;
- c) El fallido o concursado civilmente no casuales, hasta que obtengan su rehabilitación;
- d) El que tenga proceso penal pendiente que pueda dar lugar a condena por alguno de los delitos enunciados en los incisos a) y b) del presente artículo;
- e) El inhabilitado para el ejercicio de cargos públicos;
- f) El sancionado con exoneración en el ámbito Nacional, Provincial o municipal mientras no sea rehabilitado, y el sancionado con cesantía conforme con lo que determine la reglamentación;
- g) El que integre o haya integrado en el país o en el extranjero, grupos o entidades que por su doctrina o acción aboguen, hagan pública exteriorización o lleven a la práctica, el empleo ilegal de la fuerza o la negación de los principios, derechos y garantías establecidos por la Constitución Nacional y, en general quien realice o haya realizado actividades de tal naturaleza, en el país o en el extranjero.
- h) El que se encuentre en infracción a las leyes electorales o del servicio militar.
- i) El deudor moroso del Fisco en los términos de la Ley de Contabilidad, mientras se encuentre en esa situación;
- j) El que tenga más de sesenta (60) años de edad, salvo aquellas personas de reconocida aptitud, quienes solo podrán incorporarse como personal no permanente.

Declaro bajo juramento no encontrarme incluido en ninguna de las situaciones enunciadas anteriormente.

2. Reingresantes (Art. 5 Ley 22.140)

Ultimo puesto en la Institución

Causal de egreso

Fecha de egreso / /

(Renuncia, retiro, razones de salud, cesantía, exoneración, otros)

Al momento de su egreso percibió indemnización?

☐ Si

☐ No

Lugar y Fecha:

Firma



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACIÓN JURADA
Form. DRH 002

Para uso exclusivo de la Dirección de RRHH:

Legajo N° _____

Tarjeta N° _____

Fecha y Firma Recepción

1. DATOS PERSONALES

Apellido y nombre:

(La mujer casada, viuda o separada indicará primero el apellido de soltera)

Doc. Identidad Tipo N° CUIL:

Otros Doc. Tipo: N° Expedió:

Fecha de nacimiento: / / Sexo ☐ FemeninoGrupo sanguíneo: Factor RH ☐ Masculino

Ciudad de origen: Provincia:

Nacionalidad: Naturalizado el: / /

Estado civil: el / / separado el / /

Padre: F. Nac. / / Vive ☐ Si ☐ NoMadre: F. Nac. / / Vive ☐ Si ☐ NoFoto
Carnet

2. DOMICILIO ACTUAL DE RESIDENCIA

Domicilio: Calle N° Dpto. Localidad:

C.P. Tel.: Cel.: E-mail:

3. ESTUDIOS CURSADOS

Título: Expedido por: Fecha / /

Título: Expedido por: Fecha / /

Idiomas que habla o traduce:

4. DATOS FAMILIARES

| Apellido y Nombres (1) | Fecha de nacimiento | Tipo y N° de Documento | Sexo | Parentesco(2) | Incapacitado(3) | A cargo(4) | Remuneración(5) |
|------------------------|---------------------|------------------------|------|---------------|-----------------|------------|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(1) Indicar composición del grupo familiar (2) Cónyuge, hijo, padre, madre, otro (3) Si es incapacitado (4) Si se encuentra a cargo del agente (5) Consignar remuneración percibida en caso de corresponder.



5. DATOS PREVISIONALES (Jubilaciones, pensiones, Retiros, etc.)

Si es agente jubilado:

Nación ☐ Provincia ☐ Ordinaria ☐ Especial ☐
Bajo Ley: 18.017 (anterior) ☐ Fecha / / Docente ☐ Común ☐
Bajo Ley: 24.241 (actual) ☐ Fecha / / Reducida ☐

6. SEGUROS (Se deben llenar los respectivos formularios de adhesión)

Se adhiere a: SI NO
Seguro Voluntario ☐ ☐ Seguro Obligatorio ☐
Seguro Amparo Familiar ☐ ☐ (Ver Instructivo respectivo)
Otro ☐ ☐

7. DATOS COMPLEMENTARIOS

Opción Obra Social: O.S.P.U.N.C.P.B.A. ☐

Otras ☐ Nombre Obra Social:

Observaciones:

Lugar y Fecha

Firma

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son correctos, quedando obligado a comunicar dentro de los 30 días de producida cualquier variante relacionada con los datos aquí denunciados.



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante
Form. DRH 003

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Apellido y Nombres: | |
| | (La mujer casada, viuda o separada indicará primero el apellido de soltera) | |
| | Doc. Identidad | Nº |

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

| | | | |
|----------------------------|---|---|--------------------------------|
| 2 | Ministerio, Secretaría de Estado, etc.: | Calle: PINTO | Nº 399 |
| | DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN | Localidad: TANDIL | Provincia: BUENOS AIRES |
| | Repartición: U.N.C.P.B.A. | 2) Cargo: | 3) Dedicación: |
| | Dependencia, Oficina, Facultad: | Fecha de alta: | / / |
| | Cumple Horario: Completo <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos | |
| | Horas de cátedra: | | |
| | Sueldo o Retribución: | | |
| Imputación Presupuestaria: | Lugar: | Fecha: | / / |

| | | | |
|----------------------------|---|---|----------------|
| 3 | EN ESTA U OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL | | |
| | Ministerio, Secretaría de Estado, etc.: | Calle: | Nº |
| | | Localidad: | Provincia: |
| | Repartición: | 2) Cargo: | 3) Dedicación: |
| | Dependencia, Oficina, Facultad: | Fecha de alta: | / / |
| | Cumple Horario: Completo <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos | |
| | Horas de cátedra: | | |
| Sueldo o Retribución: | | | |
| Imputación Presupuestaria: | Lugar: | Fecha: | / / |

| | | | |
|----------------------------|---|---|----------------|
| 4 | EN ESTA U OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL | | |
| | Ministerio, Secretaría de Estado, etc.: | Calle: | Nº |
| | | Localidad: | Provincia: |
| | Repartición: | 2) Cargo: | 3) Dedicación: |
| | Dependencia, Oficina, Facultad: | Fecha de alta: | / / |
| | Cumple Horario: Completo <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos | |
| | Horas de cátedra: | | |
| Sueldo o Retribución: | | | |
| Imputación Presupuestaria: | Lugar: | Fecha: | / / |

| | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|
| 5 | EN TAREAS O ACTIVIDADES PRIVADAS | |
| | Empleador: | Lugar donde presta servicios: |
| | CUIT: | Funciones que desempeña: |
| | Sueldo o Retribución: | Ingreso: |

Notas: 1) CUIT del empleador 2) Consignar: Administrativo, Técnico o de Servicio; los docentes deberán consignar: Prof. Titular, Asociado, Adjunto, JTP, Ayudante Diplomado, etc., aclarando si es interino u ordinario 3) Especificar: Exclusiva, Semiexclusiva o Simple.



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES

| | ORGANISMO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|---|------------------------------|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| 2 | U.N.C.P.B.A. Dependencia: | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

Lugar y Fecha:

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

Firma del declarante

Lugar y Fecha:

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en el cuadro 1 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

Firma del Jefe

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Fecha: _____

(*) Atento que en la presente declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.

Firma del declarante

Fecha: _____

(*) Verificado que la situación de acumulación denunciada está autorizada por la _____, de acuerdo a lo dispuesto en la ORDENANZA N° _____

del CONSEJO SUPERIOR de esta UNIVERSIDAD, agréguese al legajo personal del causante.

NOTA: (*) Tachar lo que no corresponda.

Observaciones: _____



Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires
Secretaría de Administración Dirección de Recursos Humanos

DECLARACIÓN JURADA DE CARGOS y ACTIVIDADES

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

- 1) Apellidos y Nombres (Aquellas mujeres que manifiesten como estado civil viudez o divorcio/separación, deben colocar primero el apellido de soltera)
- 2) Documento de Identidad
- 3) Se debe indicar el domicilio laboral de cada cargo declarado
- 4) Se debe indicar Ministerio, Secretaría de Estado, etc.
- 5) Se debe declarar la Repartición, así como también la Dependencia, Oficina y Facultad.
- 6) En el caso de los Docentes, se debe indicar si el Titular, Asociado, Adjunto, JTP, Ayudante diplomado, es interino u ordinario; en el caso de los No Docentes, se debe indicar si son Permanentes o Contratados y la categoría a la que pertenecen, expresando esto último de la siguiente manera: cat 1, a cat 7. También se debe declarar en el cargo, la categoría que subroga, en caso de hacerlo.
- 7) En cada cargo declarado, se debe consignar si cumple **dedicación** exclusiva o semi-exclusiva, o dedicación simple.
- 8) Cada cargo declarado debe ser constatado con la firma del jefe inmediato superior.
- 9) Es importante saber que esta información se solicita a efectos de un control interno de la Dirección General de Recursos Humanos de la UNCPBA.
- 10) Se debe indicar en **Horas de Cátedra**:
 - A) Cantidad de horas cátedra **totales** (en caso de expresar las trabajadas frente a alumnos, realizar esta aclaración)
 - B) En caso de ser No Docente, se debe especificar la carga horaria total, es decir, la cantidad de horas trabajadas totales.
- 11) En el cuadro de Horario de Prestación de Servicios, se debe detallar la carga horaria de cada cargo declarado en forma individual, los cuales deben estar certificados, es decir, con firma del jefe inmediato superior de la Repartición donde se desempeña. La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada, cualquier dato incluido en forma errónea o falsa será exclusiva responsabilidad del declarante.

En caso de cargos docentes, si sólo detallan en el “Cuadro Demostrativo del Cumplimiento de los Horarios para los Cargos y Actividades” la carga horaria frente a alumnos, tienen que aclarar al costado de cada detalle, que lo que están expresando justamente es la carga horaria frente a alumnos.



- 12) Debajo del cuadro de Horario de Prestación de Servicios se debe expresar la fecha y el lugar, acompañado de la firma del declarante.
- 13) También se debe expresar la fecha y el lugar, acompañado de la firma del jefe inmediato superior del cargo de mayor carga horaria declarado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

FAMILIARES A CARGO DEL AGENTE DECLARANTE

| Apellido y Nombres | Parentesco | Fecha de nacimiento | Estado Civil | A cargo | Incapacitado | Nivel de Estudio | Año o grado |
|--------------------|------------|---------------------|--------------|---------|--------------|------------------|-------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Se considera familiar a cargo del agente cuando se reúnen los siguientes requisitos:

- El familiar es residente en el país.
- El familiar no percibe ingresos anuales por un monto superior a \$ 9.000,00.; cualquiera sea su origen y estén o no sujetos al impuesto.
- Está a cargo del agente y es menor de 24 años de edad o siendo mayor, ha sido declarado incapacitado para trabajar.
- En caso que el familiar preste servicios en relación de dependencia: deberá adjuntar copia de su recibo de haberes.

De acuerdo con la Ley 24.714 y Res. SSS 14/2002, las asignaciones previstas son:

| ASIGNACION | DOCUMENTACION A PRESENTAR |
|----------------------------------|---|
| Asignación por Hijo | Partida de nacimiento / DNI de los hijos |
| Asignación Hijo con discapacidad | Partida de nacimiento / DNI de los hijos / Certificado de discapacidad |
| Asignación Prenatal | Certificado de embarazo (3º a 6º mes de gestación) / Certificado de matrimonio o Información sumaria de convivencia / DNI cónyuge o conviviente |
| Ayuda Escolar Anual | Certificado inicio / finalización de clases |
| Asignación por Maternidad | Certificado de embarazo con fecha probable de parto. |
| Asignación por nacimiento | Partida de nacimiento / DNI del hijo |
| Asignación por adopción | Sentencia de adopción / DNI del hijo |
| Asignación por matrimonio | Certificado de matrimonio / DNI cónyuge |



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACION JURADA DE SALARIO FAMILIAR
Form. DRH 004

ALTA

ACTUALIZACION

| |
|--|
| |
| |

| Apellido y Nombres del Agente | L.E./L.C./D.N.I. | Estado Civil | Fecha Matrimonio |
|-------------------------------|------------------|--------------|------------------|
| | | | |

Documentación que se acompaña:

- ☐ Fotocopia D.N.I. cónyuge + Certificado de Matrimonio
- ☐ Fotocopia D.N.I. + Partida de nacimiento de los hijos
- ☐ Certificado/s de escolaridad de mis hijos presentados (cantidad _____)
- ☐ Certificados de incapacidad
- ☐ Otros: _____

Declaro bajo juramento:

- Tener a mi exclusivo cargo a mis hijos.
- No percibir Asignaciones Familiares en ninguna otra dependencia o empresa.
- No estar percibiendo el otro progenitor Asignaciones Familiares en otra dependencia o empresa.
- Percibir el 50% del Salario Familiar en: _____

De acuerdo con el certificado que adjunto.

Nota: para la percepción de la Ayuda Escolar Anual, deberá acreditar la asistencia al ciclo lectivo del año anterior, sin perjuicio de la posterior presentación del certificado de inicio dentro de los 120 días de iniciado el ciclo lectivo. El incumplimiento de la presentación en término de los certificados de escolaridad, traerá aparejado los descuentos correspondientes.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Agente: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que todos los datos son veraces y exactos, no habiendo omitido ni falseado ninguna información, quedando obligado a comunicar dentro de los 30 días de producida cualquier variante relacionada con los datos aquí denunciados.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Se hace constar que en el día de la fecha, se ha recepcionado el formulario de Declaración Jurada de Salario Familiar correspondiente al Agente _____

Documentación que se acompaña:

- ☐ Fotocopia D.N.I. cónyuge + Certificado de Matrimonio
- ☐ Fotocopia D.N.I. + Partida de nacimiento de los hijos
- ☐ Certificado/s de escolaridad de mis hijos presentados (cantidad _____)
- ☐ Certificados de incapacidad
- ☐ Otros: _____

Lugar y Fecha: _____

Recepción: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACIÓN JURADA DE ANTIGÜEDAD DOCENTE
Form. DRH 005

Apellido y Nombres:

Tipo y N° de Documento

Designado en (Dependencia)

Cargo y Dedicación

Designado mediante
N°

Toma de Posesión

Antigüedad que declaró (en años y meses)

Declaro que los datos consignados serán avalados con las certificaciones correspondientes en un plazo no mayor de 90 (noventa) días corridos desde la presente, teniendo en cuenta que cumplido el plazo mencionado se procederá al descuento de las sumas abonadas por este concepto, no existiendo posibilidad de su reintegro con la posterior presentación de la documentación pertinente. La mera presentación tardía solo dará lugar al cobro de los importes por este concepto a partir de su efectiva presentación.

Asimismo declaro conocer los requisitos que esta Universidad exige para la presentación de los certificados de antigüedad.

Firma

Lugar y Fecha

Recibido – Recursos Humanos

Fecha



REQUISITOS PARA LA PRESENTACION DE CERTIFICADOS DE ANTIGÜEDAD

- Las certificaciones deberán ser expedidas por las máximas autoridades de los organismos donde prestó servicios o del Director de Personal o su equivalente de los ministerios nacionales.
- Serán expedidos por dependencias educacionales, del Estado o establecimientos privados reconocidos por el Ministerio de Educación y Justicia (en formularios habilitados por la SNEP).
- Debe consignar claramente la condición de **docente**.
- Presentación de servicios: contendrá claras **fechas de inicio y finalización** de los servicios, indicando si hizo uso o no de **licencias sin goce de haberes**.
- Si es extendido por Autoridades provinciales, tal firma deberá estar legalizada por el Ministerio del Interior.
- Deberá presentar certificados emitidos por cada uno de los lugares donde se haya desempeñado, no pudiendo presentar uno que acumule servicios de otros establecimientos.

ANTIGÜEDAD EN EL EXTERIOR – BONIFICABLE

- a) Documentación expedida por el organismo educativo de cualquier país.
- b) Legalización por el organismo que en ese país aglutina los establecimientos educativos (el homólogo de nuestro Ministerio de Educación). Puede suceder que en la propia localidad del establecimiento que expide la certificación haya **Consulado Argentino**, por lo que podría evitarse este paso.
- c) Legalización por el **Ministerio de Relaciones Exteriores**.
- d) Si la documentación se confeccionó en idioma extranjero, deberá hallarse traducida por **Traductor Público Nacional**.

PARA TITULO DEL EXTERIOR

- a) Fotocopia del Diploma otorgado por Universidad.
- b) Legalizado ante Consulado Argentino del país de origen.
- c) Apostilla ante Ministerio de Relaciones Exteriores.
- d) Legalizado ante Ministerio de Educación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACION JURADA DE CARGOS DOCENTES
Form. DRH 006

Apellido y Nombres:

Nº de C.U.I.L.:

Universidad:

Colegio y/o Instituto:

OTROS ESTABLECIMIENTOS EN QUE SE DESEMPEÑA CON CARÁCTER DOCENTE

| JURISDICCIÓN | DENOMINACIÓN | CARGO | ULTIMO MONTO PERCIBIDO EN CONCEPTO DE FONID | PERÍODO |
|--------------|--------------|-------|--|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON LOS CORRECTOS.

Lugar y Fecha

Firma



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

REQUISITOS PARA LA PRESENTACION DE CERTIFICADOS DE ANTIGÜEDAD

- Las certificaciones deberán ser expedidas por las máximas autoridades de los organismos donde prestó servicios o del Director de Personal o su equivalente de los ministerios nacionales.
- Serán expedidos por dependencias educacionales, del Estado o establecimientos privados reconocidos por el Ministerio de Educación y Justicia (en formularios habilitados por la SNEP).
- Debe consignar claramente la condición de **docente**.
- Presentación de servicios: contendrá claras **fechas de inicio y finalización** de los servicios, indicando si hizo uso o no de **licencias sin goce de haberes**.
- Si es extendido por Autoridades provinciales, tal firma deberá estar legalizada por el Ministerio del Interior.
- Deberá presentar certificados emitidos por cada uno de los lugares donde se haya desempeñado, no pudiendo presentar uno que acumule servicios de otros establecimientos.

ANTIGÜEDAD EN EL EXTERIOR – BONIFICABLE

- a) Documentación expedida por el organismo educativo de cualquier país.
- b) Legalización por el organismo que en ese país aglutina los establecimientos educativos (el homólogo de nuestro Ministerio de Educación). Puede suceder que en la propia localidad del establecimiento que expide la certificación haya **Consulado Argentino**, por lo que podría evitarse este paso.
- c) Legalización por el **Ministerio de Relaciones Exteriores**.
- d) Si la documentación se confeccionó en idioma extranjero, deberá hallarse traducida por **Traductor Público Nacional**.

PARA TITULO DEL EXTERIOR

- a) Fotocopia del Diploma otorgado por Universidad.
- b) Legalizado ante Consulado Argentino del país de origen.
- c) Apostilla ante Ministerio de Relaciones Exteriores.
- d) Legalizado ante Ministerio de Educación.



| | | |
|-----------|-------------|-------|
| Póliza N° | Contratante | Fecha |
|-----------|-------------|-------|

| | | |
|--------------------|------------------------|--|
| Designación Nueva: | Cambio de Designación: | SI NO RECUERDA HABER DESIGNADO BENEFICIARIOS CON ANTERIORIDAD COMPLETE ESTE FORMULARIO NUEVAMENTE |
|--------------------|------------------------|--|

| | |
|------------------------------------|--|
| Datos del Titular Asegurado | |
| Apellido y Nombres: | |
| Fecha de Nacimiento: | Tipo y N° de Documento (DNI) (LC) (LE) (CI): |
| Fecha de Ingreso al Empleo: | |

| Beneficiarios del Titular | | | | |
|---------------------------|------------------------|------|------------------------|---|
| Apellido y Nombres | Tipo y N° de Documento | Edad | Vínculo con el Titular | % |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Certifico que toda la información contenida en el presente formulario es auténtica y me comprometo a actualizar la misma.
Toda falsa declaración y/o reticencia hace nula la cobertura, según el Art. 5 de la Ley 14.418, Ley de Seguros.

Información importante para el Asegurado (Instrucciones):

- A los efectos de la rápida liquidación de un siniestro, es de fundamental importancia que este formulario sea completado en toda su extensión, aún cuando los Beneficiarios designados sean, a la vez, herederos legales del Asegurado. Siempre es necesario que figuren los nombres completos, números de documento y porcentaje a recibir de cada Beneficiario;
- Si no se designaran Beneficiarios individualizados, ellos resultarán ser los Herederos Legales (conforme artículo 145, último párrafo de la ley de 17.418). Pero, al no estar designados, necesariamente deberá solicitarse una declaratoria judicial de herederos, lo cual complicará y demorará la liquidación y pago de un siniestro, hasta que un juez intervenga y la emita. Para ello deberá abrirse la sucesión del Asegurado, quizás por ese único motivo. La aseguradora no puede pagar, en estos casos, sin esa declaratoria;
- Es fundamental que en todos los casos se establezca el porcentaje del beneficio que quiere adjudicarse a cada Beneficiario. De lo contrario, se entenderá que se reparte por partes iguales entre los designados (artículo 145, primer párrafo de la ley 17.418);
- Es importante que se indique si el Asegurado desea que, en caso de prefallecimiento de un Beneficiario, les corresponde a los otros el derecho de acrecer, es decir que dicho porcentaje sea repartido entre los beneficiarios de acuerdo a los porcentajes designados. De lo contrario, la parte de los Beneficiarios premuertos, corresponderá a los Herederos Legales del Asegurado, con lo cual nuevamente estaremos frente a la necesidad de la declaratoria de herederos;
- Si al momento del llenado de este formulario, alguno de los Beneficiarios es menor de edad (21 años, salvo que estuviera emancipado civilmente), es necesario que se designe a una persona mayor de edad con carácter de "Tutor" para recibir el beneficio en nombre del Beneficiario, en caso en que, al momento del cobro de la indemnización, éste sea todavía menor de edad. Caso contrario, esa designación deberá ser hecha por un juez, lo cual demorará nuevamente la liquidación y pago del siniestro.

FIRMA DEL TITULAR

ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA

NOTA: Todas las firmas deben ser originales.

La 1ª hoja será entregada a la Cia. de seguros, la 2ª para la empresa y usted debe conservar la 3ª como constancia.

| | | | | | | | |
|---|-----|-----|-------------------|---|-----------------------------------|------------------|-----|
| SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74 | | | | | | Nº Poliza | |
| Compañía Aseguradora: | | | | | | | |
| Nombre y Apellido: | | | | | Nº Legajo, registro, Ficha, etc.: | | |
| Documento: Tipo: Nº | | | | | C.U.I.L.: | | |
| Expedido por: | | | | | (o Nº Libreta de Ahorro) | | |
| Fecha de Nacimiento | | | CAPITAL ASEGURADO | | Fecha de ingreso al empleo | | |
| Día | Mes | Año | | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | | |
| Domicilio Particular: | | | | | | | |
| Calle: Nº Piso: Depto.: Cód. Postal: | | | | | | | |
| Localidad: Provincia: | | | | | | | |
| Empleador: | | | | | | | |
| Domicilio Particular: | | | | | | | |
| Calle: Nº Piso: Depto.: Cód. Postal: | | | | | | | |
| Localidad: Provincia: | | | | | | | |
| BENEFICIARIOS: | | | | | | | |
| Nombre y Apellido | | | Parentesco | Domicilio | | Documento | % |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad. | | | | | | | |
| Lugar y Fecha: | | | | Firma del Asegurado: (o impresión digital) | | | |
| El original será entregado a la Compañía ante caso de siniestro únicamente (Art. 8 - Resolución 30.729) | | | | | | | |
| TODAS LAS FIRMAS DEBEN SER EN ORIGINAL | | | | | | | |

Señores
Recursos Humanos
U.N.C.P.B.A

Por medio de la presente renuncio a los SEGUROS
(*).....a
partir del día

.....

Firma

Apellido y nombre:
Fecha:

Ref. (*): Se puede RENUNCIAR a los seguros de AMPARO FAMILIAR y/o
VOLUNTARIO.



F. 572
DECLARACION JURADA

CUIT⁽¹⁾:

Carácter de la presentación⁽²⁾: ☐ ORIGINAL ☐ RECTIFICATIVA

Documento de Identidad L.E./ L.C./ D.N.I./ C.I. N°⁽²⁾:

Apellido y Nombre:

Domicilio. Calle:

N°:

Piso/Dpto.:

Localidad:

Pcia.:

Cód. Postal:

IMPUESTO A LAS GANANCIAS - RÉGIMEN DE RETENCIONES 4ta. CATEGORÍA

Esta declaración jurada deberá ser confeccionada por el beneficiario de ganancias comprendidas en los incisos a), b), c) y d) del artículo 79 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1986 y sus modificaciones y será presentada al inicio de la relación laboral ante la persona o entidad que abone dichas ganancias, o cuando corresponda declarar modificaciones de datos, conforme lo establecido por el artículo 4º de la Resolución General N° 3802.

| Rub. | Inc. | A - INFORMACIÓN PARA LA PERSONA O ENTIDAD DESIGNADA PARA ACTUAR COMO AGENTE DE RETENCIÓN | | | |
|------|------|---|------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 | a | Detalle de las cargas de familia computables al inicio de la relación laboral | | | |
| | | Apellido y Nombre | Desde | Tipo y N° de Doc. de Identidad | Parentesco |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | b | Altas y bajas producidas en el año en curso | | | |
| | | Apellido y Nombre | MES alta baja | Tipo y N° de Doc. de Identidad | Parentesco |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 2 | - | Importe de las ganancias liquidadas en el transcurso del período fiscal por otros empleadores o entidades | | | |
| | | Apellido y Nombre o Denominación | CUIT | Importe de Deduc. ⁽³⁾ | Retención Pract. ⁽⁴⁾ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 3 | - | Deducciones y desgravaciones (montos erogados en el año en curso) | | | |
| | a | Cuotas médico-asistenciales. Denominación de la entidad y domicilio | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | b | Primas de seguro para el caso de muerte. Denominación de la entidad aseguradora y domicilio | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | c | Otras | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

B - INFORMACIÓN PARA LA PERSONA O ENTIDAD QUE PAGUE OTRAS REMUNERACIONES⁽⁵⁾

De acuerdo a lo establecido en el artículo 4º (punto 2) de la R.G. N° 3802 informo que he designado para actuar como Agente de retención a:

Apellido y Nombre o Denominación:

CUIT:

Afirmo que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que he confeccionado esta declaración sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Lugar y Fecha:

Firma:


(1) Se consignará cuando corresponda.

(2) Tachar lo que no corresponda.

(3) Se consignarán las deducciones en conceptos de aportes al Sistema Único de Seguridad Social.

(4) Cubrir únicamente en el supuesto de retención de impuesto, por las ganancias que se informan en el Rubro 2.

(5) La obligación de consignar la información requerida en los apartados A o B, resulta excluyente.

| | | | | |
|---|---|--|---|--------------|
|  F. 572 DECLARACION JURADA | CUIT ⁽¹⁾ : | | Carácter de la presentación ⁽²⁾ : <input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> RECTIFICATIVA | |
| | Documento de Identidad L.E./ L.C./ D.N.I./ C.I. N° ⁽²⁾ : | | | |
| | Apellido y Nombre: | | | |
| | Domicilio. Calle: | | N°: | Piso/Dpto.: |
| | Localidad: | | Pcia.: | Cód. Postal: |

IMPUESTO A LAS GANANCIAS - RÉGIMEN DE RETENCIONES 4ta. CATEGORÍA

Esta declaración jurada deberá ser confeccionada por el beneficiario de ganancias comprendidas en los incisos a), b), c) y d) del artículo 79 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1986 y sus modificaciones y será presentada al inicio de la relación laboral ante la persona o entidad que abone dichas ganancias, o cuando corresponda declarar modificaciones de datos, conforme lo establecido por el artículo 4º de la Resolución General N° 3802.

| CUADRO DE NOTIFICACIÓN | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|
| 1 - AGENTE DE RETENCIÓN: Acuso / Acusamos recibo del original de la presente declaración jurada | | |
| Apellido y Nombre o Denominación: | | |
| FECHA | FIRMA ACLARACIÓN | CARÁCTER DEL FIRMANTE |
| 2 - PERSONAS O ENTIDADES QUE ABONEN OTRAS REMUNERACIONES: Acuso / Acusamos recibo del original de la presente declaración jurada | | |
| Apellido y Nombre o Denominación: | | |
| FECHA | FIRMA ACLARACIÓN | CARÁCTER DEL FIRMANTE |



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
Apertura de cuenta Banco Santander Río

Señor Gerente
Banco Santander Río
Sucursal Tandil
S ____ / ____ D ____

Por la presente solicitamos a Ud. la apertura de cuenta haberes del agente que más abajo se indica y que percibe haberes en esta Universidad, bajo el Convenio N° 2303.

1. DATOS PERSONALES

Apellido y nombres: _____
(La mujer casada, viuda o separada indicará el apellido de soltera)
Tipo documento ____ N° ____ CUIL: ____ - ____ - ____
(DNI - LC - LE - CI - PAS)
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: ____
Apellido y Nombres del Padre: ____
Apellido y Nombres de la Madre: ____

2. DOMICILIO

Calle: ____ N° ____ Piso: ____ Dpto.: ____
C.P. ____ Localidad: ____ Provincia: ____
Tel.: ____ - ____ E-mail: ____

3. SOLICITUD CUENTA HABERES

Nombre de la Sucursal: ____ N° Sucursal: ____

(114-Tandil / 158-Azul / 173-Olavarría / 120-Necochea) Más sucursales en <http://www.santanderrio.com.ar>

Una vez abierta la cuenta concurriré a la sucursal elegida a firmar la documentación correspondiente. En el caso de Sucursal Tandil: ☐ Sucursal 9 de Julio 469
☐ Minibanco Campus Universitario

Lugar y Fecha:

.....
FIRMA AGENTE

Manifestamos con carácter de declaración jurada que la totalidad de los datos e instrucciones brindados por la Universidad al Banco, son ciertos y han sido verificados por nosotros, con la documentación respectiva en cada caso, haciéndonos responsables de la veracidad de los mismos.

Lugar y Fecha:

.....
FIRMA UNIVERSIDAD



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Apertura en banco de cuenta haberes

☐ BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

☐ BANCO GALICIA

1. DATOS PERSONALES

Apellido y nombres: _____
(La mujer casada, viuda o separada indicará el apellido de soltera)

Tipo documento _____ N° _____ CUIT / CUIL: _____ - _____ - _____
(DNI - LC - LE - CI - PAS)

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____

Sexo: ☐ Femenino

Estado civil: ☐ Soltero/a

☐ Masculino

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viudo/a

☐ Otro _____

Apellido y Nombres de cónyuge: _____

Apellido y Nombres del Padre: _____

Apellido y Nombres de la Madre: _____

2. DATOS LABORALES

Dependencia - Facultad: _____

Calle laboral: _____ N° _____ Piso: _____ Oficina: _____

Tel.: _____ N° Sucursal donde desea la cuenta: _____

3. DOMICILIO

Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P. _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

4. OBSERVACIONES

Lugar y Fecha:

.....

FIRMA



CHECKLIST N° 01: ALTAS DE LEGAJOS (NUEVOS Y/O REINGRESOS) Y DE CARGOS. RENOVACIONES

AGENTE:

FECHA

OK

DOCUMENTO

Alta de Legajos*** Respaldo Legal de la Designación**

Docentes Ordinarios: Ordenanza Consejo Superior - Res. Junta Ejecutiva.

Docentes Interinos: Resolución Consejo Académico - Resolución Rectorado - Resolución de Decanato.

No Docentes: Resolución Rectorado.

Contratos y su respectiva resolución.

Becarios y Ad honorem: correspondiente resolución. (1)

*** Formulario DRH 001 – DDJJ para Ingresantes o Reingresantes**

Fotocopia del documento oficial que avale el ingreso a la función pública en caso de hallarse encuadrado en una causal de incompatibilidad.

*** Formulario DRH 002 - DDJJ de Datos Personales del Agente**

* Foto 4x4 color

* Fotocopia del DNI o constancia de documento en trámite

* Fotocopia de carta de ciudadanía (de corresponder)

* Fotocopia comprobante de CUIL

Fotocopia del título (último nivel alcanzado)

Constancia de afiliación a la entidad gremial (de corresponder)

Constancia de afiliación a otra Obra Social (de corresponder)

* Comprobante de cuenta bancaria. Debe contener: Nombre y apellido, Nro. de CBU y firma del Banco.

* Formularios del Seguro de Vida: Obligatorio, Amparo Familiar y/o Voluntario, o en caso de corresponder Nota de renuncia a los seguros optativos.

*** Formulario DRH 003 DDJJ de cargos **refrendada** por el jefe respectivo.**

Formulario DRH 004 para percibir Asignaciones Familiares.

Fotocopia certificado de matrimonio y DNI cónyuge.

Fotocopia DNI y partida de nacimiento de los hijos.

Certificados de escolaridad

Otros certificados y documentación correspondientes a otras cargas de familia.

Certificación negativa de ANSES.

Formulario DRH 005 DDJJ de antigüedad docente, si posee:

Certificados que avalen la antigüedad declarada.

Formulario DRH 006 DDJJ de cargos docentes en otros establecimientos, si posee:

Certificados que avalen la antigüedad declarada.

* Exámen preocupacional.

* Constancia de Alta Temprana en AFIP (2)

* Formulario AFIP N° 572 - DDJJ Retención de Ganancias 4ta. Categoría

Reingresos (3)**Alta de Cargos****Respaldo Legal de la Designación**

Docentes Ordinarios: Ordenanza Consejo Superior - Res. Junta Ejecutiva.

Docentes Interinos: Resolución Consejo Académico - Resolución Rectorado - Resolución de Decanato.

No Docentes: Resolución Rectorado.

Contratos y su respectiva resolución.

Becarios y Ad honorem: correspondiente resolución.

Documentación para el Legajo

Formulario DRH 003 - DDJJ de Cargos

Renovación de Cargos**Respaldo Legal de la Designación**

Docentes Ordinarios: Ordenanza Consejo Superior - Res. Junta Ejecutiva.

Docentes Interinos: Resolución Consejo Académico - Resolución Rectorado - Resolución de Decanato.

No Docentes: Resolución Rectorado.

Contratos y su respectiva resolución.

Becarios y Ad honorem: correspondiente resolución.

* La documentación con 1 asterisco (*) se considera OBLIGATORIA para dar de alta en el sistema SIU Pampa.

(1) Obligatorio: Formularios DRH 001, 002 y 003. Formulario de AFIP N° 572. Fotocopia DNI, de Título y CUIL. Comprobante de cuenta bancaria. Exámen preocupacional.

(2) Inmediatamente de producida la designación, debe comunicarse a la Dir. de RRHH para que realice el Alta Temprana en AFIP. La Dependencia recibirá luego de la Dir. de RRHH la constancia impresa para ser firmada por el agente y luego adjuntada al legajo.

(3) En caso de REINGRESOS la documentación obligatoria es: DRH 001, DRH-003, Formulario de AFIP N° 572, y SOLAMENTE CUANDO SE DEBAN ACTUALIZAR DATOS el DRH-002/04/05 y 06. Estos formularios deben ir SIEMPRE acompañados de la DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA.

Completó el 100 % de los requisitos de documentación el día ____/____/____

Verificó

Firma del Agente o Responsable de Entrega de Documentación

Rev. N°: 0

Fecha: 01/12/2009