



### DATOS PERSONALES

Apellido paterno GARCIA

Apellido materno CALVO

Nombres STELLA MARIS

Fecha de nacimiento 26-5-53.

Lugar de nacimiento ARGENTINA

Nacionalidad ARGENTINA.

Fecha de ingreso al país —

Estado civil CASADA.

Domicilio DIRECTORIO 125 7º C CP. 1424. CAP. Fed.

Tel. MADRE: 924-3760 Localidad CAPITAL Federal.

Dependencia PROYECTUAL.

Cargo Ayre 10 SE. Fecha de ingreso 4-88

Nº de legajo 70767. D.N.I. 10.137.679

L.E. o L.C. C.I. 6.809.293

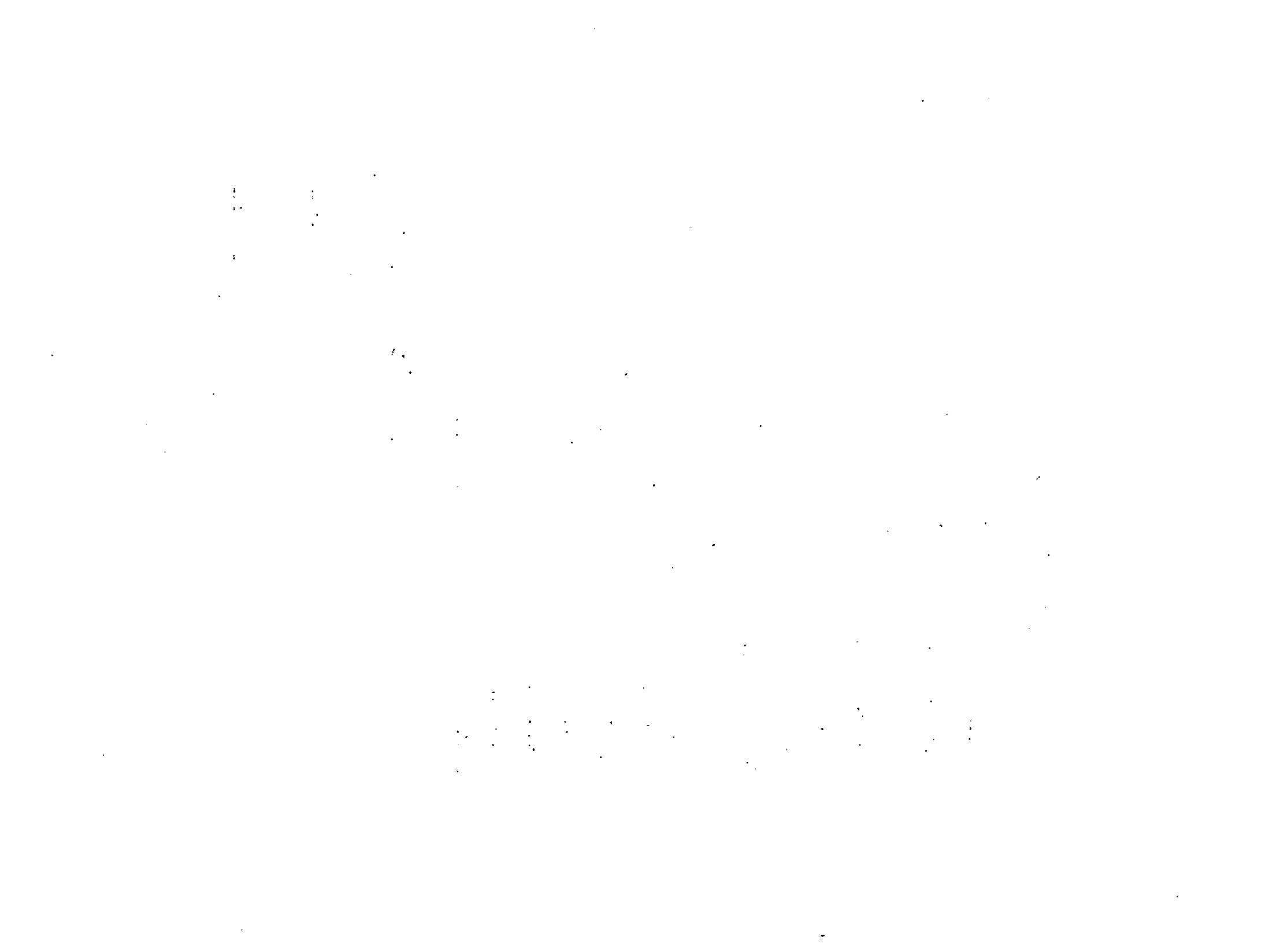
Policía Federal.

Buenos Aires,

*15 de Abril 1991.*

X  
FIRMA

*Stella Maris Garcia*  
ACLARACION



10.137.679

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD PARA INGRESO  
A LA ADMINISTRACION PUBLICA NACIONAL

1) Lugar y fecha Bs. n.s, 29 de julio de 1987

2) FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

Infórmase que, de acuerdo con el resultado del reconocimiento médico practicado a solicitud de esa Repartición a 3) GARCIA, Stella Maris

H. C. N° 10.137.679 se le otorga el presente certificado de 4) APTO para ingresar a la Administración Nacional.

DIRECCION NACIONAL/DELEGACION DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS

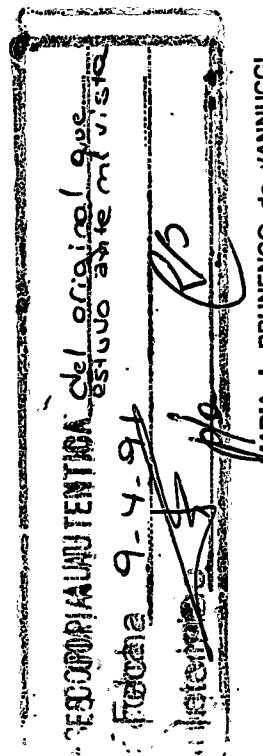
BYG

5) Firma y sello aclaratorio

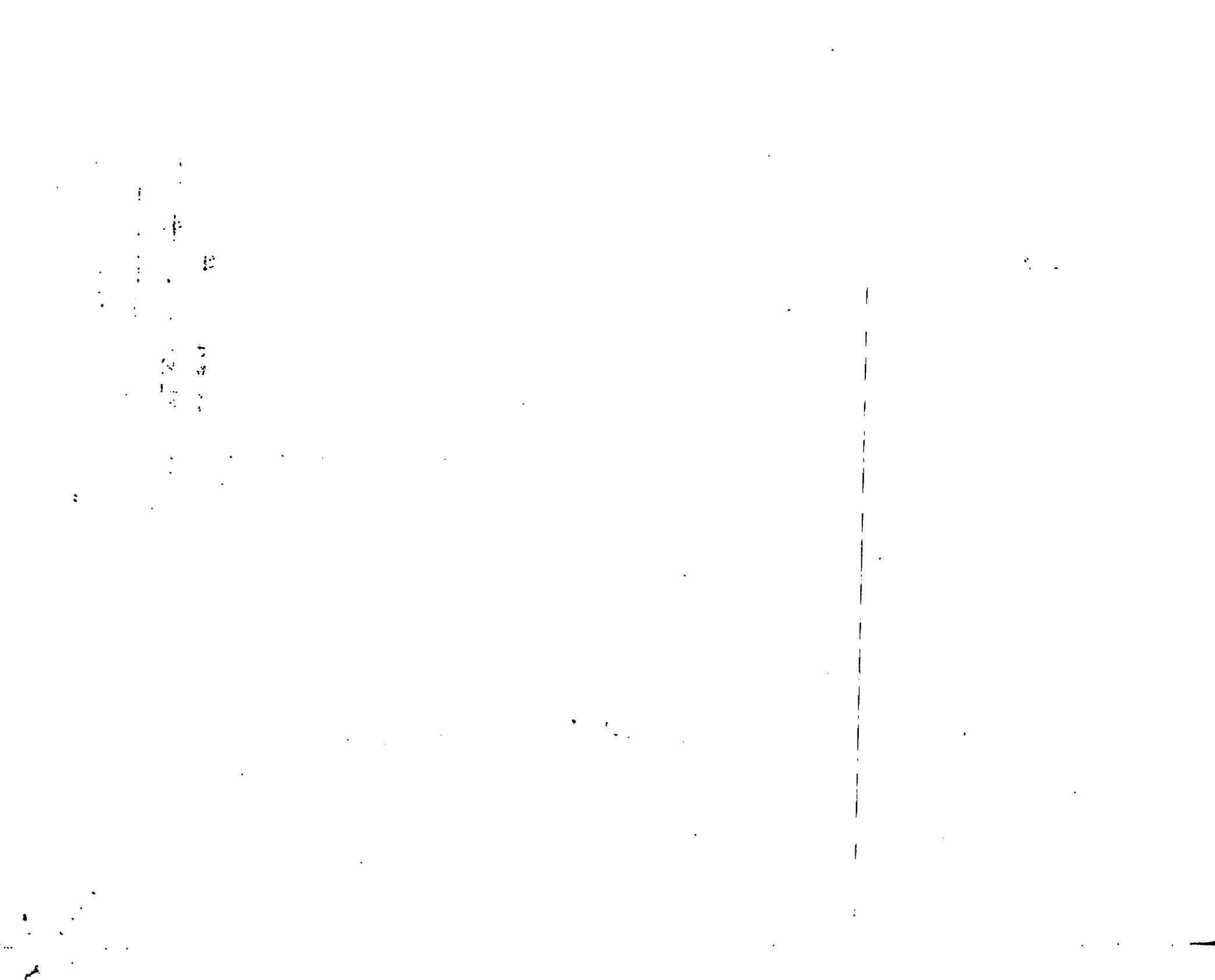
M.A. FRADE  
MEDICA  
60.248 - M. P. ....

Nota 5): Se colocará SELLO de "APTO" o "NO APTO", según corresponda.

Form. 1 - 3.0.10.



MARIA J. BRUNENGO de VANNUCCI  
DIRECCION DE PERSONAL



REPÚBLICA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Arquitectura y Urbanismo

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad

Por cuanto: Stella Maris García,

natural de la Ciudad de Buenos Aires ha terminado el 1º de diciembre de 1978 los estudios correspondientes al curso de Arquitectura.

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad lo expedimos con el presente título de Arquitecta.

Buenos Aires, 1º de junio de 1979

APD. RECTOR MARIO CORDONCIO  
DECANO

LUCAS J. LENNON  
RECT.º

MARTIN G. FERDZAIN  
SECRETARIO ACADEMICO

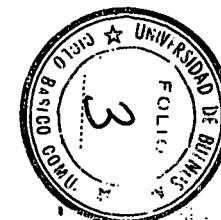
SANTIAGO J. CRIVI  
DIRECTOR TITULAR DE LA FAC.

49 COPIA AUTÉNTICA del original que  
intervino 5 - 4 - 81

MARÍA J. BRUNENGO de VANNUCCI  
DIRECCION DE PERSONAL

ABR. ARMANDO JUAN CARLOS RODRIGUEZ  
SECRETARIO SECTARIOS ACADÉMICOS

OMV  
FIRMA DEL DIRECTOR

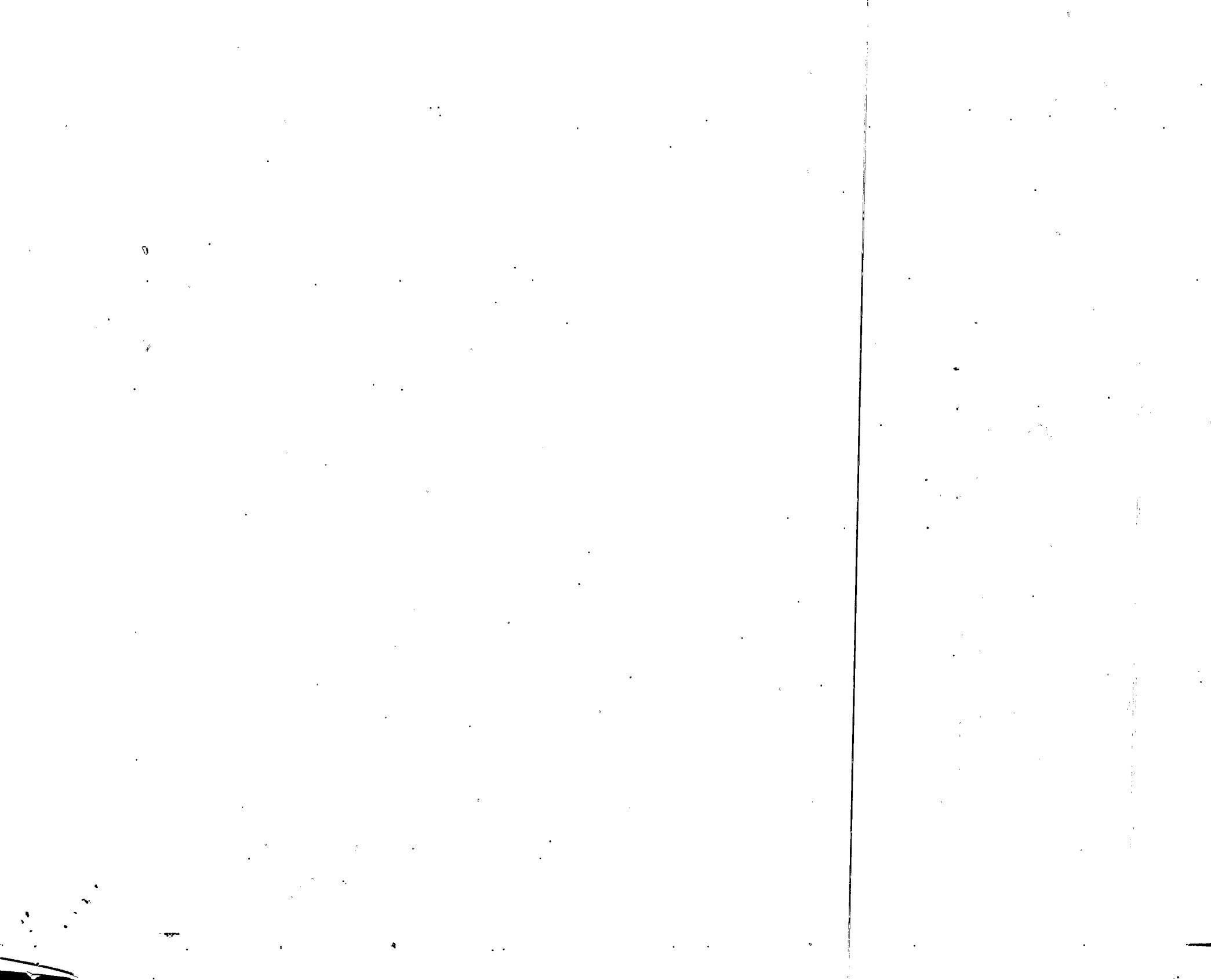


F5 COPIA AUTÉNTICA DEL ORIGINAL

FECHA 6/12/79

APRAU

MARIA J. BRUNENGO DE VANNUCCI  
DIRECCION DE PERSONAL





Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

DOCENTE

Buenos Aires,

8 / 4 / 91

RECEBI DEL SR./A. GARCIA STELLA M.  
LEGAJO N° 70.767 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 91.

APELLIDO Y NOMBRE

SORIA EUGENIO LUIS

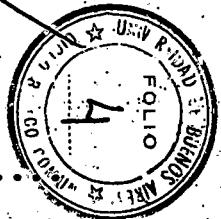
GRADO/AÑO

2º GRADO

Pasado  
a  
Futura

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES

FIRMA



1. 177

1. 177

2007/11/20

2007/11/20

2007/11/20

2007/11/20

8/11/2007

**INSTITUTO CALASANZ (A - 11)**

SE NILLOSA 854

C A P I T A L

T E L . 9 2 2 - 0 5 0 2

**CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD**

*El que suscribe, certifica que el alumno*

*Eugenio Ruiz Soriano*

*está inscripto/ha asistido como alumno regular en este Instituto durante el Curso Escolar de 19<sup>91</sup> en Grado/Año 2º Div. B*

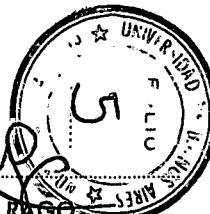
Buenos Aires.

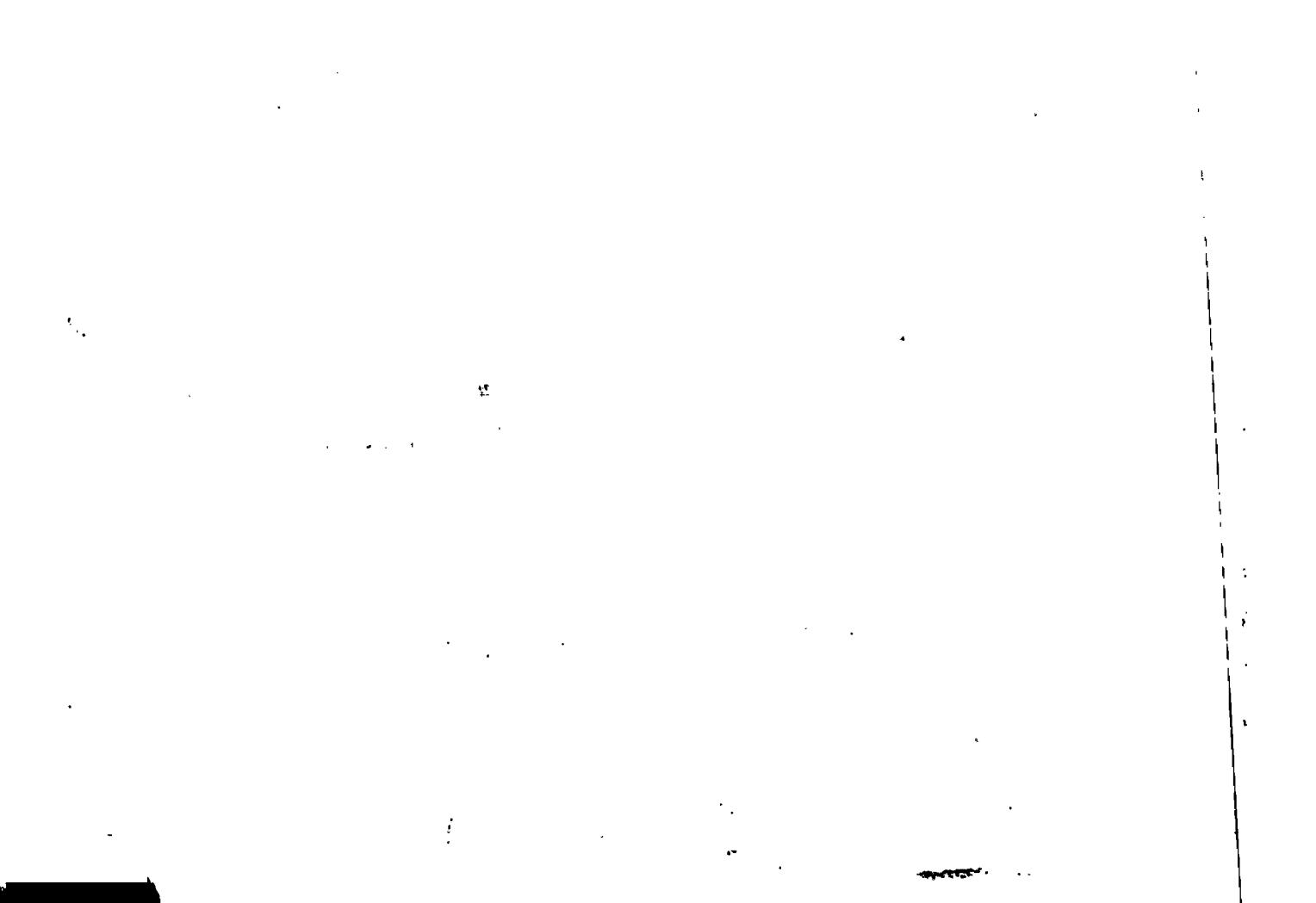
3 - 4 - 91.-

*Se extiende la presente constancia en*



*Maria Elena Iglesias de Raco*  
MARIA ELENA IGLESIAS DE RACO  
SECRETARIA SECCION PRIMARIA





GARCIA - STELLAMARES

NO TIEN LEGASOS.

REV- 25-9- /6-2-90 /10/8/90

Sr. Jefe  
Departamento Personal  
CICLO BASICO COMUN

Buenos Aires, 23 de agosto de 1988.



Solicito tenga a bien disponer se contemple e incluya en la liquidación mensual de mis haberes el cincuenta por ciento (50%) de la asignación familiar por cónyuge e hijo que me corresponde.

Atentamente.

A handwritten signature consisting of stylized initials and a surname.

STELLA MARIS GARCIA  
Legajo contable: 70.767

1961-12-15 A. Tamm

200000000

Temperature dependence of the absorption coefficient of the light in the visible region.

On the temperature dependence of the absorption coefficient of the light in the visible region.

Temperature dependence of the absorption coefficient of the light in the visible region.

Temperature dependence

of the absorption coefficient

of the light in the visible region

Temperature dependence of the absorption coefficient of the light in the visible region.

GARCIA, STELLA MARIS

No tiene legajo



Universidad de Buenos Aires

Ciclo Básico Común

En Buenos Aires, a los once.....días del mes de enero.....  
del año mil novecientos....novent.y.uno.....siendo las..16.....horas,///  
comparece ante mi, PONCE-SILVIA-GRACIELA, quien acredita identidad D.N.I. 12.771.095 ...  
del Departamento de Remuneraciones del Ciclo Básico Común, de la Universidad de Buenos Aires,

Don/Doña.....GARCIA STELLA MARIS .....Legajo Contable N°. 70.764.....  
con domicilio en .....DIRECTORIO. 125. PISO. 7. DPTO. "C".....  
quién acredita identidad de. N.I.E. 10.137.679.....  
y manifiesta que, en razón de.....INCONVENIENTE HORARIO  
confiere autorización a....SORIA. HECTOR. ERNESTO.....  
con domicilio en.DIRECTORIO. 125. PISO. 7. DPTO."C".....  
quién acredita identidad de. S.I. 5.801.863. L.E. 7.657.770.....  
para que, en su nombre y representación perciba los haberes que le correspondan.  
Al efecto, lo/a autoriza para firmar los recibos y/o comprobantes para la concreción  
exclusiva del expresado fin.

En prueba de conformidad, se firman cuatro ejemplares del/  
mismo tenor, de los cuales el original queda en poder del Departamento de Remuneraciones, el duplicado se archiva en el legajo contable N° GARCIA ....., el triplicado se entrega al poderante....GARCIA STELLA MARIS .....,  
y el cuadruplicado se entrega al apoderado...SORIA HECTOR ERNESTO.....

VENCIMIENTO: 11/01/92

RODERDANTE

Hector

APODERADO

J. García

CERTIFICANTE

B.A.

CERTIFICANTE

100-1005-76000000000000000000000000000000

internal and external

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

100-1005-76000000000000000000000000000000

*lano familiar. Anteverso de este mal trámite owo certificado*

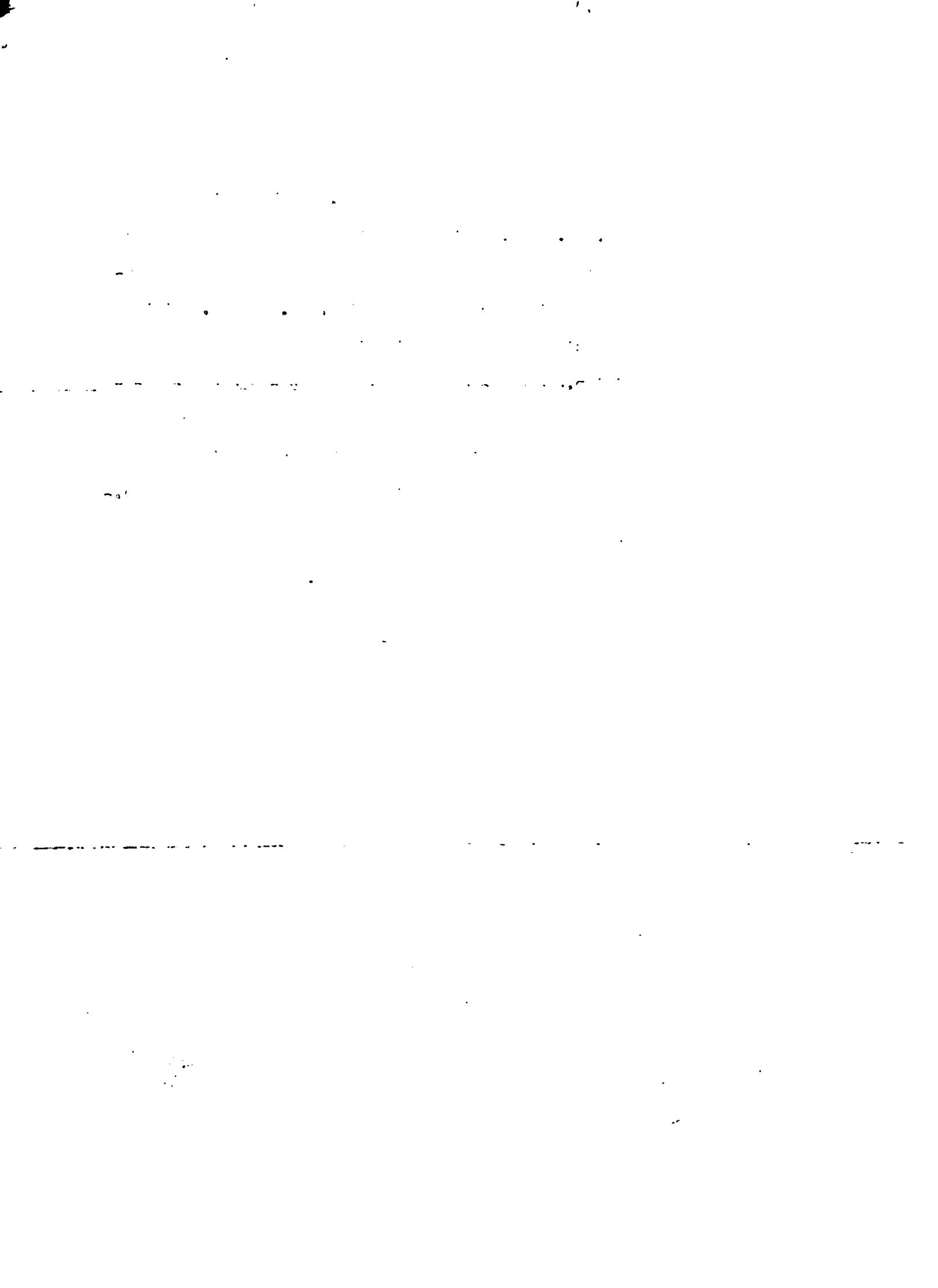
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE ARQUITECTURA DISEÑO Y URBANISMO



- Conste que la Señora GARCIA DE SORIA, Stella Maria (leg. 8777  
7 DNI Nº 10.137.679) , revista como integrante de esta Casa de  
Estudios desde el 1º de abril de 1988 desempeñando un cargo de Ayu-  
dante Primero en la Asignatura Diseño Gráfico. Cat. Coppola. Asimismo  
se informa que percibe el 50% de retribución correspondiente a la  
asignación familiar. -  
- - - A pedido de la interesada y al solo efecto de ser presentada  
ante quien corresponde se expide la presente en Buenos Aires a los  
veintados días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y ocho. -



MARIA J. BRUNENGO DE VANNUCCI  
DIRECTORA DE PERSONAL



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Liquido desde Abril /88 Res. 112.

## Rev. 10/81 SUBSIDIO FAMILIAR (Declaración Jurada)

Punto 26º. del Escalafón General (t. o. decreto 14/64) y sus modificatorios Decreto nº. 8.620/68.

a) Del declarante:

APELLIDO Y NOMBRES	LEGAJO N°.	DEPENDENCIA	EMPLEO QUE DESEMPENA	
Stella Maris García	40764	CBC.	Ayudante de 1º semiexclusiva.	
L.E.-L.C.-C.I.	DOMICILIO	ESTADO CIVIL	FECHA DE CASAM.	OTROS EMPLEOS
DN <sup>I</sup> 10.134.649	Pte San Juan 346, 7º D	Casado	20/11/76	Ayudante de 1º en Diseño Gráfico 50% salario.

b) De su cónyuge:

APELLIDO Y NOMBRES	L.E.-L.C.-C.I.	DOMICILIO	EMPLEADOR	SUELDO	¿A CARGO?
Hector Ernesto Soria	5.801.863	Pte San Juan 346, 7º D.	Independiente		

c) De los parientes a su cargo:

APELLIDO Y NOMBRES	DOMICILIO	VINCULO	FECHA DE NACIMIENTO	L.E.-L.C.-C.I.	ESTADO CIVIL	IMPE- DIDO?	ESCOLARIDAD		EMPLEADOR	SUELDO
							PRIMARIA	MED. Y SUP.		
2 Eugenio L. Soria	Pte San Juan 346, 7º D	Hijo	20/10/83	30.464.782	Soltero	NO	—	—	—	—
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

Afirmo bajo juramento que los datos asentados en esta declaración son exactos y completos y que he confeccionado la misma sin omitir ni falsear informaciones en conocimiento de las normas que rigen en la materia quedando obligado a comunicar, dentro de los treinta (30) días corridos de producida, toda variante relacionada con los datos aquí denunciados.

Bs As. 25/9/88

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL DECLARANTE

## PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE PERSONAL

Certifico que he verificado los siguientes datos, con fehaciente documentación, quedando los comprobantes respectivos, excepto los personales, archivados en el legajo personal del causante:

a) Del declarante:

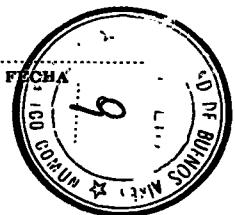
DATO	PROBADO (*)
Identidad	
Domicilio	
Estado Civil	
Fecha Casam.	
Apart. V/f.a/b	

DATO	PROBADO (*)													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Identidad														
Domicilio														
Estado Civil														
Fecha Nacim.														
Fecha Fallec.														
Vínculo b) y c)														

b) y c) Del cónyuge y de los otros parientes a su cargo:

DATO	PROBADO (*)													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Escol. Primar.														
Esc. Med. y Sup.														
Impedimento														
Empleador														
Sueldo														
Apar. VI/f.a/b														

LUGAR Y FECHA



FIRMA ACLARADA



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

## SUBSIDIO FAMILIAR (Declaración Jurada)

Punto 26º. del Escalafón General (t. o. decreto 14/64) y sus modificatorios Decreto n.º 8.620/68.

a) Del declarante:

APELLIDO Y NOMBRES	LEGAJO N.º	DEPENDENCIA	EMPLEO QUE DESEMPENA
Stella Maris García	40764	CBC.	Ayudante de 1º semiexclusiva.

L.E. - E.C. - C.I.	DOMICILIO	ESTADO CIVIL	FECHA DE CASAM.	OTROS EMPLEOS
DN <sup>o</sup> 10.134.649	Pte San Martín 346, 7º D	Casado	20/11/76	Ayudante de 1º en Discos Graficos 50% salario.

b) De su cónyuge:

APELLIDO Y NOMBRES	DOMICILIO	EMPLEADOR	SUELDO	¿A CARGO?
Hector Ernesto Soria	5.801.863 Pte San Martín 346, 7º D.	Independiente		

c) De los parientes a su cargo:

APELLIDO Y NOMBRES	DOMICILIO	VINCULO	FECHA DE NACIMIENTO	DN <sup>o</sup>	L.E. - E.C. - C.I.	ESTADO CIVIL	¿IMPEDIDO?	ESCOLARIDAD		EMPLEADOR	SUELDO
								PRIMARIA	MED. Y SUP.		
2 Eugenio L. Soria	Pte San Martín 346, 7º D	HIJO	20/10/83	30.464.782	Soltero	NO	—	—	—	—	—
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

Afirmo bajo juramento que los datos asentados en esta declaración son exactos y completos y que he confeccionado la misma sin omitir ni falsear informaciones en conocimiento de las normas que rigen en la materia quedando obligado a comunicar, dentro de los treinta (30) días corridos de producida, toda variante relacionada con los datos aquí denunciados.

Buenos Aires, 25/9/88

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL DECLARANTE

## PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE PERSONAL

Certifico que he verificado los siguientes datos, con fehaciente documentación, quedando los comprobantes respectivos, excepto los personales, archivados en el legajo personal del causante:

a) Del declarante:

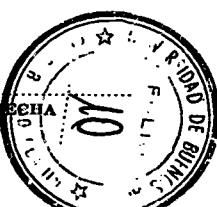
DATO	PROBADO (*)
Identidad	
Domicilio	
Estado Civil	
Fecha Casam.	
Apart. V/f.a/b	

DATO	PROBADO (*)													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Identidad														
Domicilio														
Estado Civil														
Fecha Nacim.														
Fecha Fallec.														
Vinculo b) y c)														

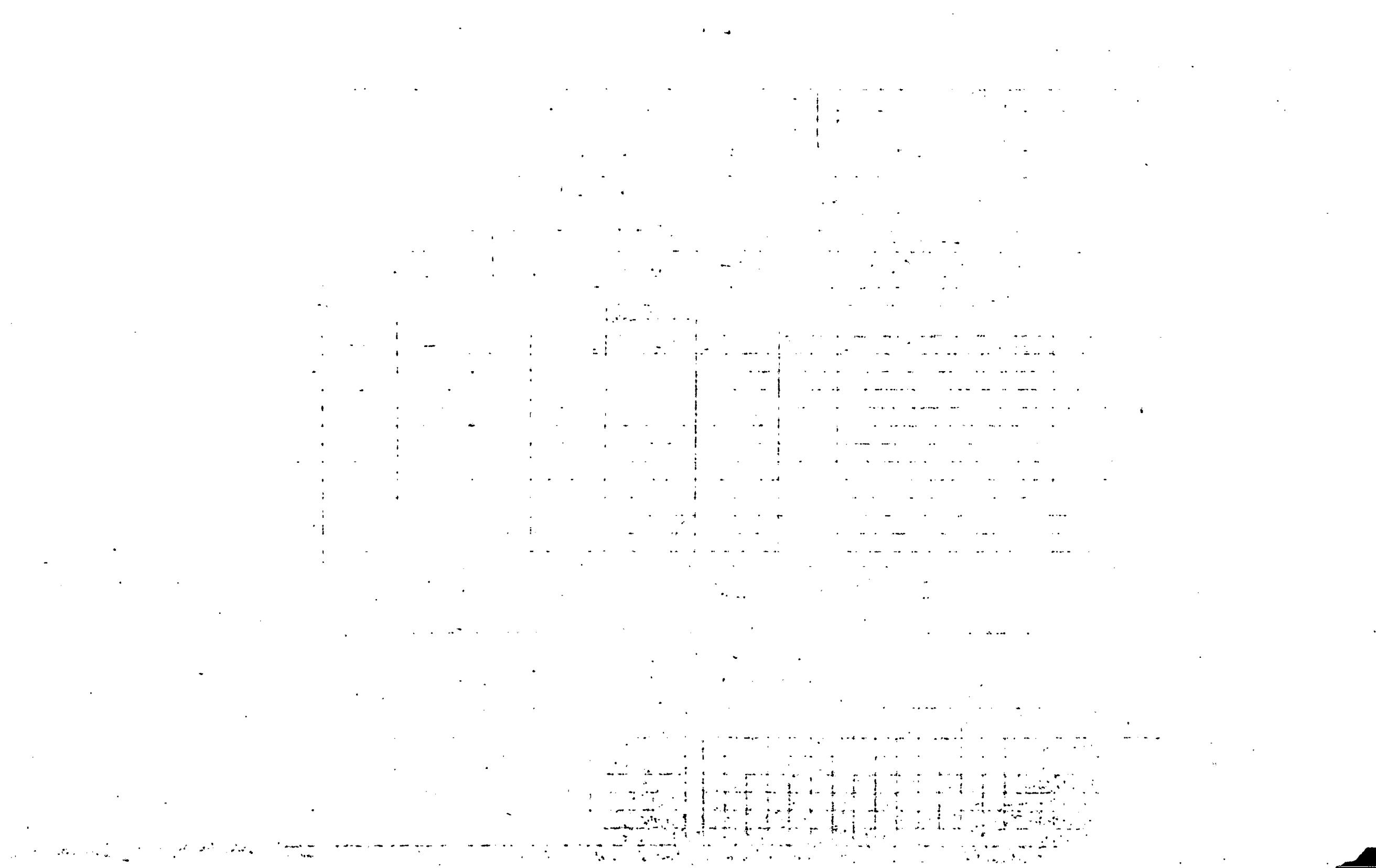
b) y c) Del cónyuge y de los otros parientes a su cargo:

DATO	PROBADO (*)													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Escol. Primaria														
Esc. Med. y Sup.														
Impedimento														
Empleador														
Sueldo														
Apar. VI/f. a/b														

LUGAR Y FECHA  
FIRMA ACLARADA



(\*) En la casilla correspondiente se señalará con los vocablos "sí" o "no", los datos que se certifican.





MUNICIPALIDAD DE LA  
CIUDAD DE BUENOS AIRES

1677373

## REGISTRO CIVIL



528

CIRCUNSCRIPCION 2º - TOMO 2ºB - NUMERO 73451501976

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a 18º de Noviembre de 1976. Yo, Funcionario del Registro del Estado Civil, inscribo el MATRIMONIO de

Héctor Ernesto SORIA

Edad 27 años, profesión arquitecto - estado soltero -  
nacionalidad Argentina - nacido en Añatuya, San Juan -  
domiciliado en Cabildo 118 - Doc. Ident. LE 76E7770  
Hijo de Héctor Estebán SORIA  
nacionalidad Argentina - profesión poblador  
y de Blanca Yolanda VALENTINI  
nacionalidad Argentina - profesión ascente  
domiciliados en Cabildo 118

Stella Maris GARCIA

Edad 23 años, profesión estudiante - estado soltera -  
nacionalidad Argentina - nacida en Capital Federal -  
domiciliada en Viel 1919 - Doc. Ident. DN 10.137.679  
Hija de Ricardo GARCIA  
nacionalidad Argentina - profesión comerciante  
y de Hoydeel Martha CALVO  
nacionalidad Argentina - profesión asistente de oficio  
domiciliados en Viel 1919

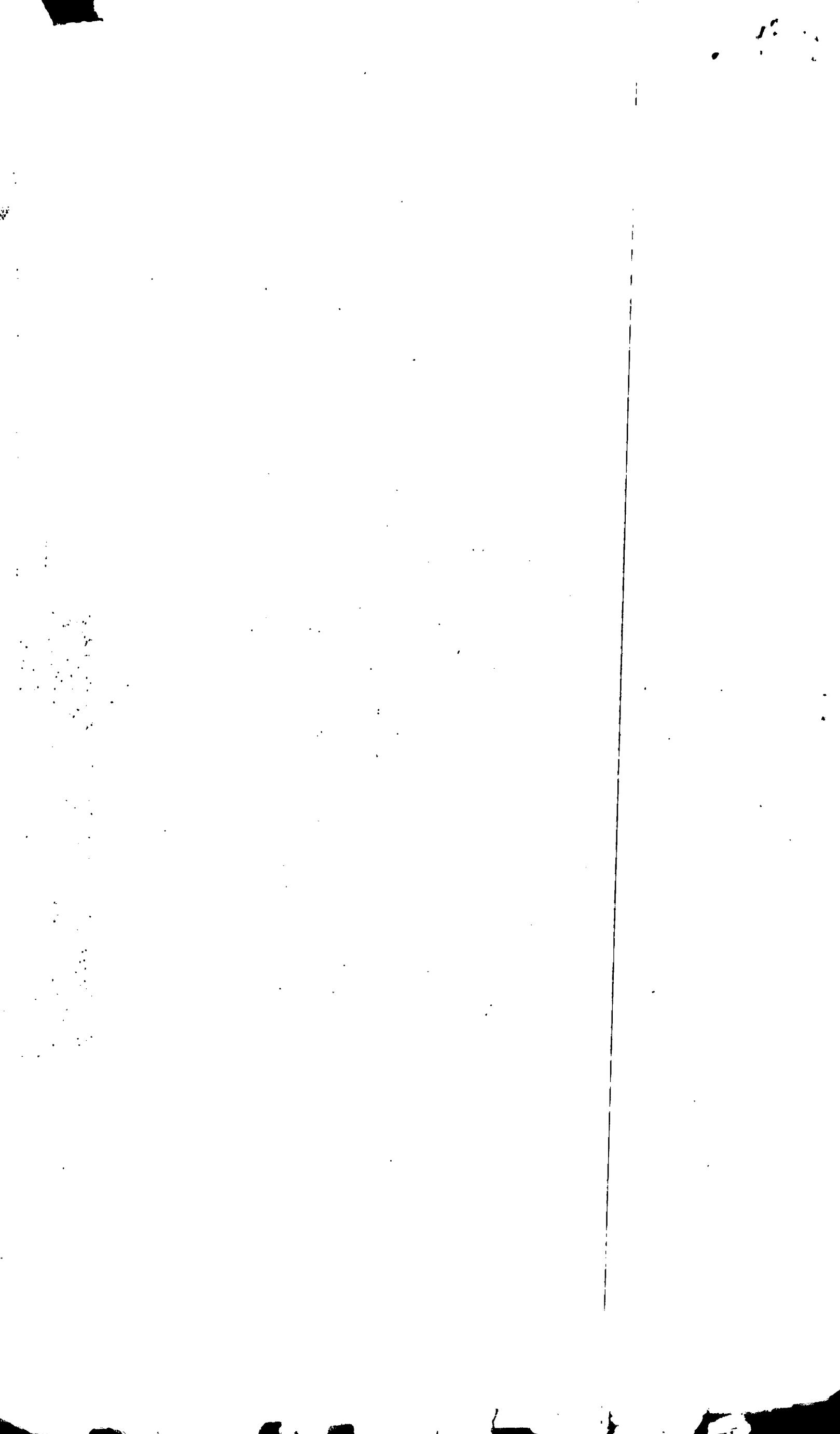
Cumplidas las formalidades legales y recibido el consentimiento de los contrayentes en nombre

de los declaró unidos en matrimonio ante los testigos:  
José María Ciampagna - Doc. Ident. LE 2827199 Edad 29 años  
Estado soltero Profesión chimayote Domicilio Cabildo 118

Silvia Elena MONTECIELO - Doc. Ident. N 10.921.991 Edad 23 años  
Estado soltera Profesión chimayote Domicilio Pje. El Tronador 2064 -  
Leído el acta la firmaron los esposos y los Testigos: José María Ciampagna - LE 2827199 - soltero -  
agrimensor, Cabildo 402, 16 Valle Cululenes, Manzana 16 al 20, Pje. 20.  
casada, arquitecto, Pte 225, Valle.

an. sin

Municipal





REPUBLICA ARGENTINA

MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD AUTONOMA

ESTADO DE ESTANQUIO

SOCIAL

ACTA DE

CONSTITUCION

DE FAMILIA

Y PROPIEDAD

CERTIFICO QUE EL PRESENTE  
DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL  
ARCHIVO ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA  
EN ESTE ARCHIVO GENERAL

Declaro al art. 28 del Decreto Ley 2264/63 modificado por Ley 1922,  
que el presente es un FRENTE A por acuerdo judicial en  
el que se establece la procedencia

10 FEB 1986

Fsc. MARIA D. L. de BASSICATI  
JEF. DEPART. DE JURISPRUDENCIA  
REPARTICION DE ESTANQUIO  
SECRETARIA DE GOBIERNO

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

DERECHO DE TIMBRE

NO

06265

DIRECCION GENERAL DE RENTAS

DIVISION PATRIMONIO

7.2.66 5 0 2 9 0

3 003 200

Jefe Control Contable de Aranceles

CERCLAS DE TIMBRE

Este comprobante debe ser presentado, para retirar la partida solicitada y será adherida a la misma por la Repartición, sin el cual el documento carece de validez.

F.N. 1 - 1963 Imprenta Municipal



UNICIPALIDAD DE LA  
UDAD DE BUENOS AIRES

N.I. N° 30467782

# REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

CENTRAL NACIMIENTOS *Autent.* TOMO 3? A - NUMERO 1650 - ANO 1983

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a 27 de Octubre de 1983 - Yo, Funcionario del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas inscribo el NACIMIENTO de Eugenio Luis SORIA

Sexo masculino - nacido el 20 de Octubre de 1983 -

a las 3710 horas, en esta ciudad Girardina 4978 -

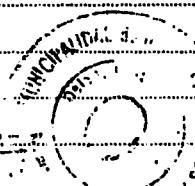
Hijo de Héctor Ernesto SORIA -

y de Stella Paris GARCIA - Doc. Ident. LE.7.657.370 -

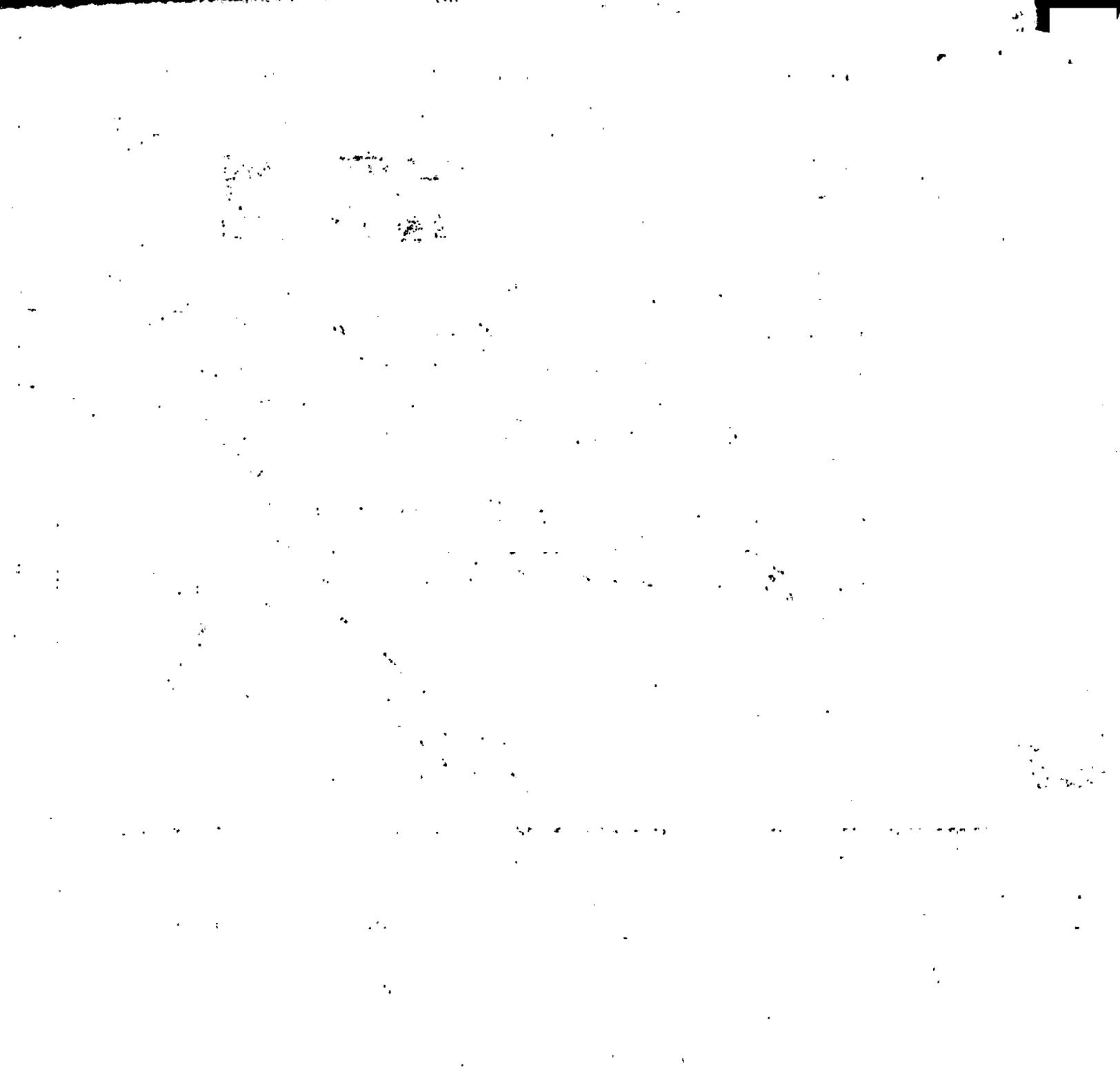
Según certificado de Médico Adolfo VENDA - Doc. Ident. C.I. 6.808.283 -

Interviniente el padre. - Doc. Ident. -

Domicilio Pje San Trevo 346, Pop. - Obras en virtud de -



CICLO BASICO COMUN  
REFOLIADO N° 13





CICLO BASICO COMUN

REFOLIADO N°

14

ANEXA

ANEXOS ASES

ANEXOS DE LAS PERSONAS

RECIBIDO EN

la Estanquillo  
Buenos.

CERTIFICO QUE EL PRESENTE  
DOCUMENTO ES COPIA FIJA DEL  
ARCHIVO ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA  
EN ESTE ARCHIVO GENERAL

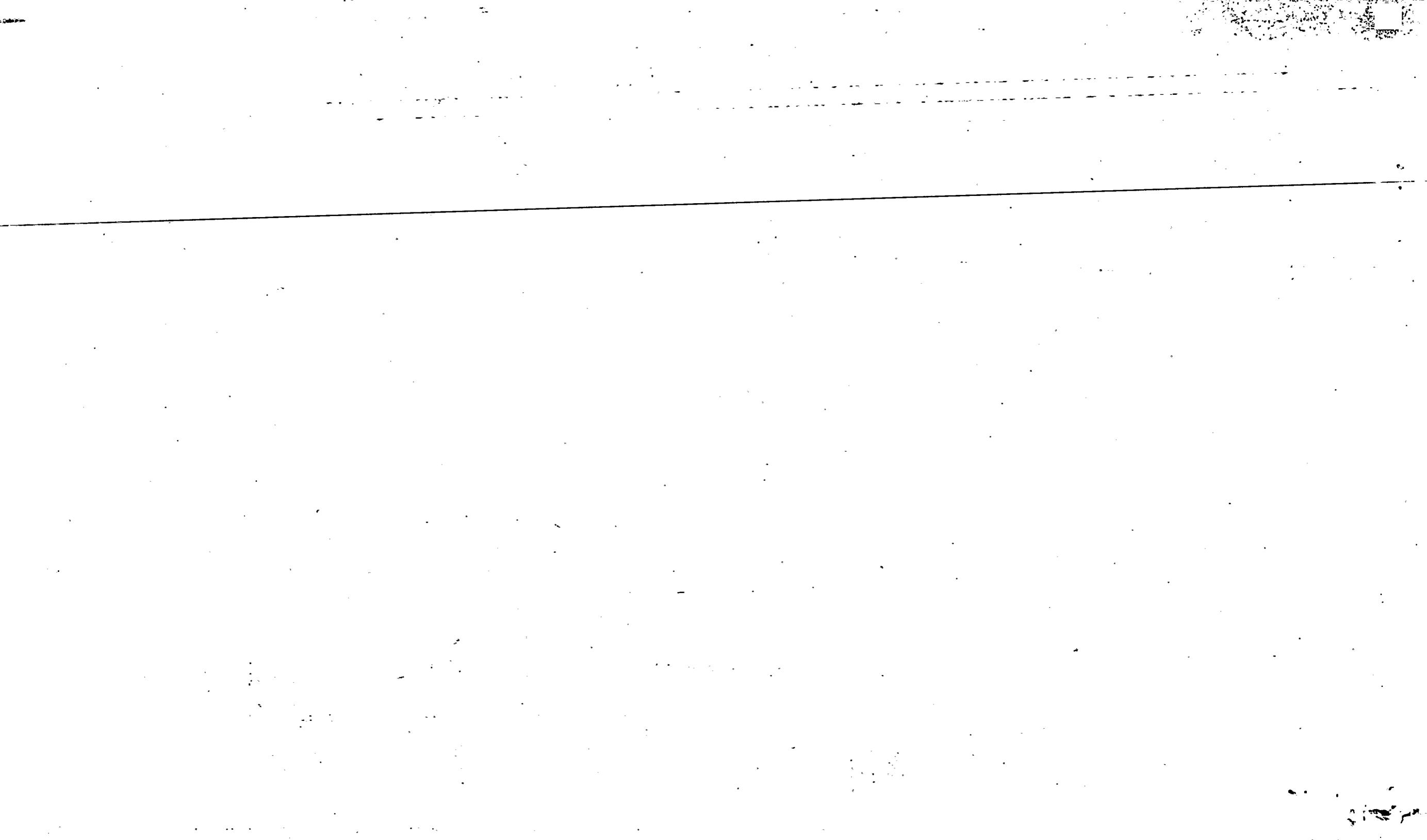
Centro de Documentación y Archivo - C.D.A.  
Este documento es una copia del original que se encuentra en el  
Administrador de Archivos.

10 FEB 1986

Esc. MARIA P. L. L. EASSO CRAIG  
JEFA OF. S. DOCUMENTACION  
DIRECC. A. ARCHIVOS CENTRAL  
REG. ESTADO CIVIL Y CAP. PERS.  
SECRETARIA DE GOBIERNO

	REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS	TRAMITE
M.C.B.A.	DERECHO DE TIMBRE	NO
		0626528
DIRECCION GENERAL DE RENTAS DIVIS. ALGRES		
07-1-86	5 6 2 9 1	\$ 003200
Sello Control Circular de Recursos DERECHOS DE TIMBRE		
Este comprobante debe ser presentado, para retirar la partida solicitada y será adherida a la misma por la Reportación, si el cual el documento carece de validez.		

F.N. 1 - 1163 Imprenta Municipal





FORM. 866 B

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Se hace constar que Eugenio Luis Soria  
es alumno de Preescolar división, en este establecimiento.

CICLO BASICO COMUN  
REFOLIADO N° 15

A pedido del interesado se extiende la presente constancia en Buenos  
Aires, a los 9 días del mes de Marzo de 1989.  
para ser presentada ante las autoridades de Universidad de  
Buenos Aires.

A-468  
Sello

Julieta García  
Firma autorizada  
BENÉSCOLA  
DIRECTORA

Stella Mais García (de Soria)

Leg N° 40464

No 7123/E Legado.

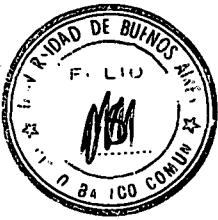
Liquidado Abril 189  
Pasado a Fichero

Hoj N.S.

1990-1991

1991

Buenos Aires, Junio de 1991.



Dto. de Personal  
del C.B.C.

S / D

CICLO BASICO COMUN

REFOLIADO N°

16

Solicito tengan a bien acreditar en mi recibo de haberes, el pago correspondiente, al 50% por: Hijo=127; Escuela Pri maria=129; Ayuda Escolar=133; y todo lo que correspondiera.

Esta solicitud se basa en que hasta el 1º de Abril del corriente, cebraba el 50% por recibo del C.B.C. y el otro 50% por recibo de la F.A.D.U..

Al haber renunciado a la Cátedra de D.G. (F.A.D.U.), según constancia que adjunto, ya no percibo el 50% arriba mencionado, y por lo tanto el cobro deberá hacerse en su totalidad por el recibo del C.B.C.-

Desde ya mi agradecimiento, y esperando tener la solución a la brevedad, saludo a usted atentamente:

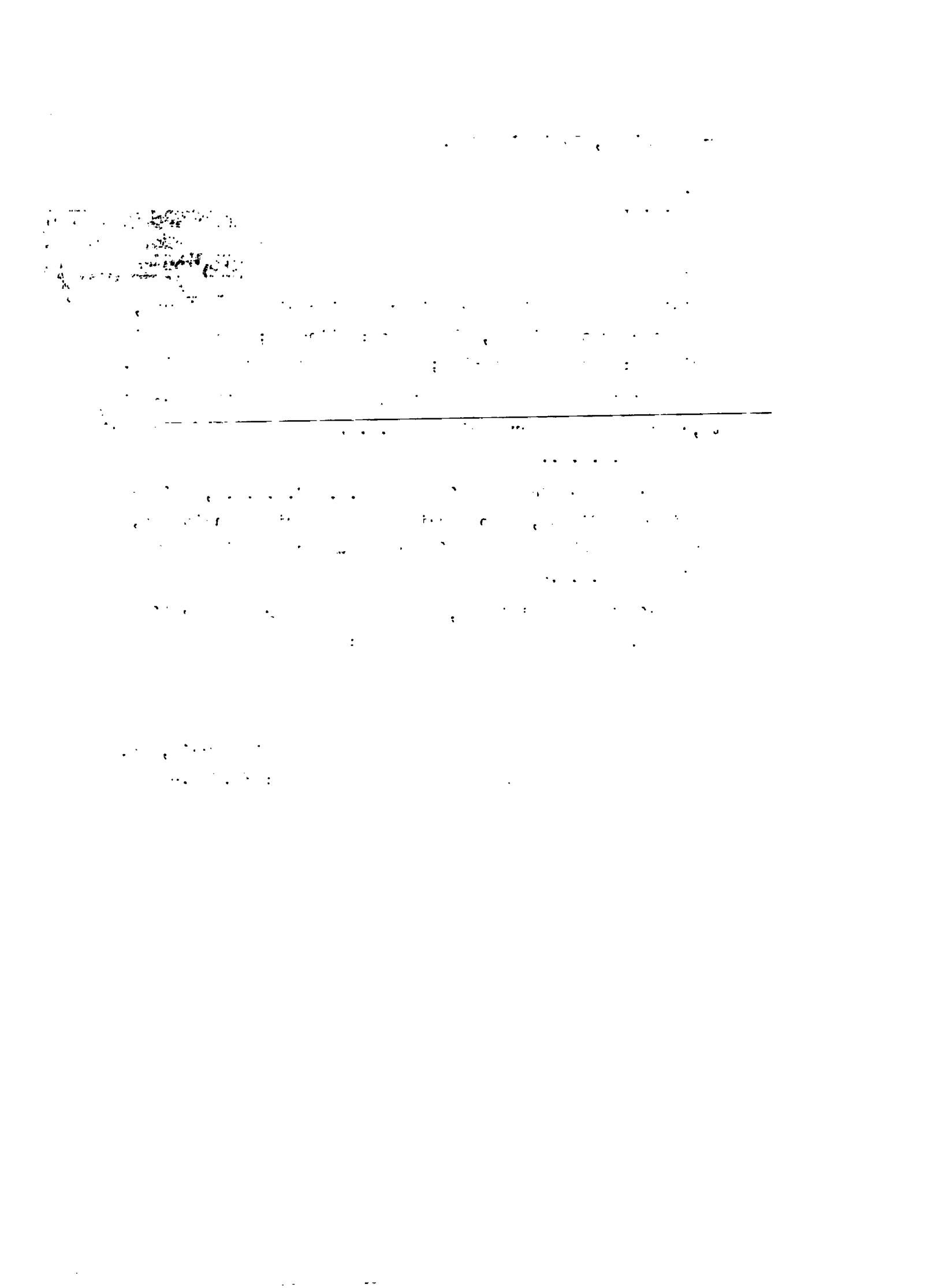
Stella Maris García, arq.

Legajo N°: 70.767.-

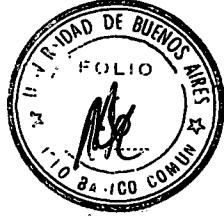
DOCENTE

✓ 133 D lo de los cobros f/cabo  
13/06/91

✓ liquidado f/cabo 13/06/91



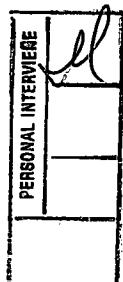
Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Arquitectura Diseño y Urbanismo



CICLO BÁSICO COMUN  
REFOLIADO N° 17

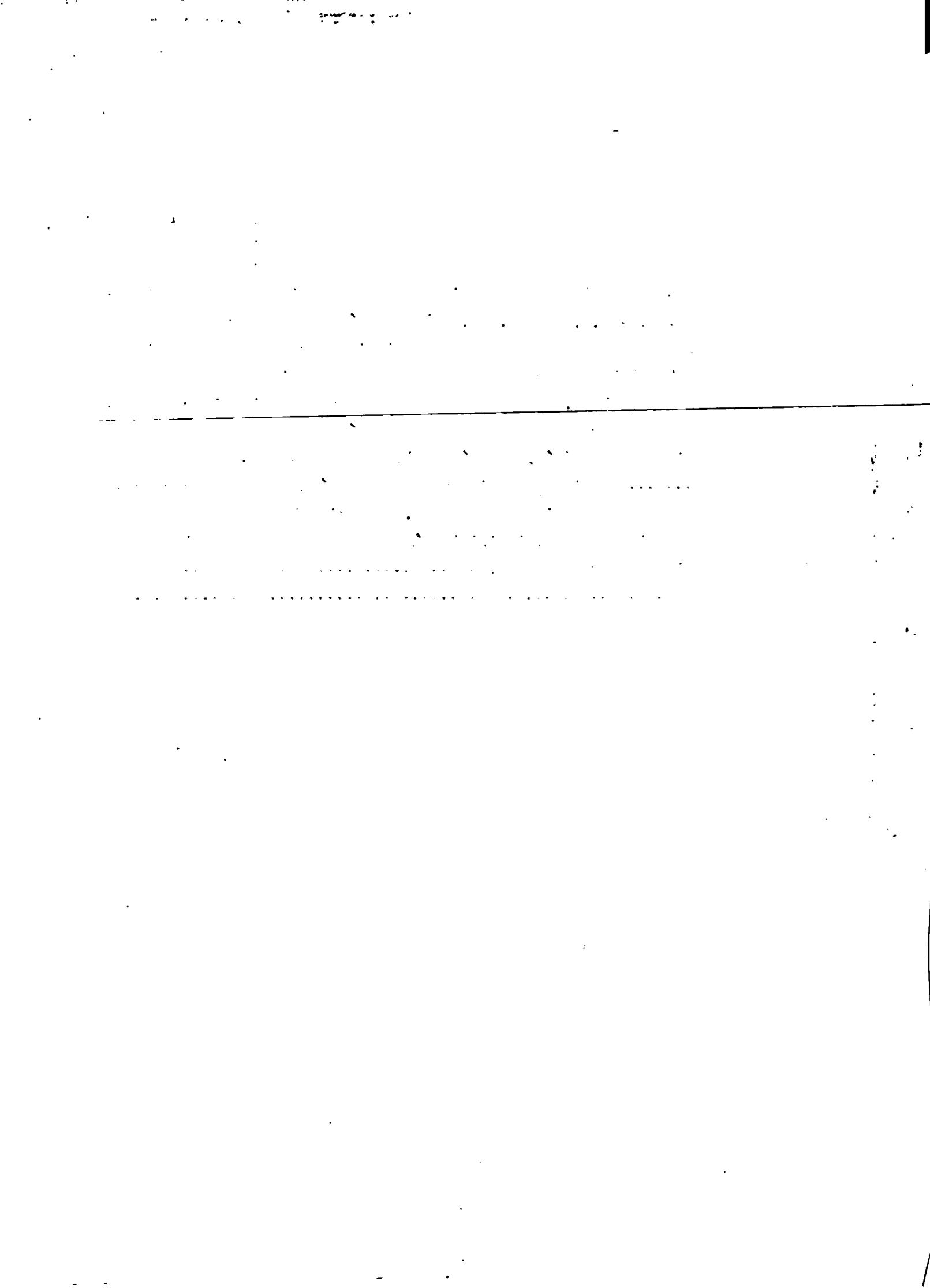
Conste que la Arquitecta Stella Maris GARCIA (Legajo N° 70.767 - D.N.I N° 10.137.679) revistó como integrante del personal docente de esta Casa de Estudios desde el 1º de abril de 1979 al 31 de marzo de 1980 y del 1º de abril de 1987 al 31 de marzo de 1991, desempeñando en el momento de finalizar sus tareas un cargo de Jefe de Trabajos Prácticos de la asignatura Diseño 1 a 3 (Cát. Sr. Còppola).

A pedido de la interesada y al sólo efecto de ser presentada ante quien corresponda, se expide la presente en Buenos Aires a los veintisiete días del mes de mayo de mil novecientos noventa y uno.



MARIA J. BRUNENGO de VANNUCCI  
DIRECCORA DE PERSONAL

13/06/91





CEDULA DE IDENTIDAD N°.

EXPEDIDA POR

En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación

FECHA DE NACIMIENTO

6.809293  
POLICIA FED TPA  
26/5/53

## DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO <b>GARCIA</b> La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES <b>STELLA</b> Escribir todos los nombres sin abreviaturas
---	---	---

3	DOMICILIO <b>DIRECTORIO</b>	Nº. <b>125</b>	LOCALIDAD <b>CAP</b>	PCIA.
---	--------------------------------	-------------------	-------------------------	-------

## DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	CALLE <b>C. UNIV</b>	LOCALIDAD
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC. <b>REC CONCESO SUP</b>	Nº.	PCIA.
4	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC. <b>CBC</b>	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA <b>AT/BS/EXC</b>	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. <b>VERDORSO</b> a	INGRESO <b>ABRIL/88</b>	
	SUELDO O RETRIBUCION <b>272,79</b>	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA <b>1 en 36 - Mr. 11/11/10</b>	LUGAR	FECHA
		ARQ. P. B. D. D. M. D. M.	VICE-DIRECTOR DEL DEPTO. VI CICLO BASICO EFGH&M

## EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION	Nº.	PCIA.
5	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

## EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION	Nº.	PCIA.
6	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

## EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS	
7	SUELDO O RETRIBUCION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO	

## PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer: Régimen Desde qué fecha Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.	Causa	Institución o Caja que lo abona Importe
---	---	-------	--

**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS  
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	<b>DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO</b>	<b>DOMINGO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>
4	Ayf 10-15 EXC	/	15/19	19/23	/	15/19	/	/
5								
6								
7								
8								

4 HORAS PARA  
CORRECCIÓN  
PREP bIBLIOTECAS  
Y EJERCICIOS  
ETC

Lugar y fecha: BSAS, 9/4/92

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, así como también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

Lugar y fecha: 9-4-92

FIRMA DEL DECLARANTE

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2 y 3 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

SILVIA GRACIELA PONCE  
JEFA del DEPARTAMENTO de REMUNERACIONES  
(Para uso de las Direcciones de Administración y organismos que hagan sus veces).

Lugar y fecha:

Con la constancia de quedar en poder de este servicio el duplicado de la presente declaración jurada a fin de darle el trámite dispuesto en el Decreto N°. 8.566/61, remítase al Tribunal de Cuentas de la Nación, de conformidad con el artículo 14 del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de ..... de 19.....

FIRMA DEL JEFE

(Para uso del Tribunal de Cuentas de la Nación)

Delegación, Fiscalía o Auditoría y fecha .....

Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, pase a la Dirección General del Servicio Civil de la Nación.

## UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

CICLO BASICO COMUN

REFOLIADO N°

19

D<sup>to</sup> VII

1	L. C. o L. E. N°.	Matricula N°.	D. M.
CEDULA DE IDENTIDAD N°. 6-819793			
EXPEDIDA POR P.D.C. E.I.A.			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO 22/5/53			

## DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO GARCIA La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES SIELLA Escribir todos los nombres sin abreviaturas
---	---	---

3	DOMICILIO DIRECTORIO	Nº. 125	LOCALIDAD CAP	PCIA.
---	----------------------	---------	---------------	-------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES  
Repartición donde presta servicios Lugar donde desempeña funciones

4	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC. DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.  CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. 14-07-10 a SUELDO O RETRIBUCION 272,79 IMPUTACION PRESUPUESTARIA fm 36 - mc 11/11/10	CALLE C. UNIV Nº. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA AYD S/EXC INGRESO LUGAR	LOCALIDAD PCIA. ARQ. RICARDO CONON VICE-D.R. Dpto. VIE G.G.A. 1 FECHA
Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos Dra. M. A. G. / 28			

## EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.  REPARTICION  DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD  CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CALLE Nº. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO LUGAR	LOCALIDAD PCIA. ARQ. RICARDO CONON VICE-D.R. Dpto. VIE G.G.A. 1 FECHA
Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.			

## EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.  REPARTICION  DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD  CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CALLE Nº. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO LUGAR	LOCALIDAD PCIA. ARQ. RICARDO CONON VICE-D.R. Dpto. VIE G.G.A. 1 FECHA
Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.			

## EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR  SUELDO O RETRIBUCION  HORARIO QUE CUMPLE	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS  FUNCIONES QUE DESEMPEÑA  INGRESO
---	---	--

## PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer: Régimen Desde qué fecha Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.	Causa Importe	Institución o Caja que lo abona
---	---	------------------	---------------------------------

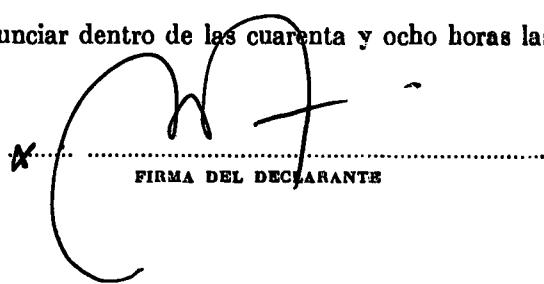
**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS  
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4	14/10/5 EXC	/	15/19	19/23	/	15/19	/	/
5								
6								
7								
8								

Lugar y fecha:

BSAS. 9/4/92

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, así como 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: 9-4-92

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2 y 3 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.



Fecha:

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

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DEL ORGANISMO

Fecha:

(\*) Considerando:

Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art. \_\_\_\_\_ del Decreto N.º \_\_\_\_\_

Que se cumplen los extremos indicados en el Art. \_\_\_\_\_ del mismo decreto;

Que asimismo surge que las tareas las desarolla en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados;

Por tanto:

AUTORIZASE la acumulación de que se trata; por separado dése cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

(\*) Tachar lo que no corresponda

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DEL ORGANISMO

HORARIOS MIRA,  
 CORRECCIÓN  
 PREP LIBRIO,  
 EJERCICIOS  
 ETC

## Para la dependencia

Unidad Académica

25

### DATOS PERSONALES

A) Apellido\*

GARCIA [REDACTED]

(\* ) Las mujeres, apellido de soltera.

B) Nombres

STELLA MARIS [REDACTED]

[REDACTED]

C) Domicilio

DIRECTORIO [REDACTED]

Nº 4125

Localidad CAPITAL Piso - 4º Depto. C Tel. 9243760 Pedrer

D) Documento de Identidad 10134649

Tipo

LC 1

LE 2

DNI 3

PASAPORTE 4

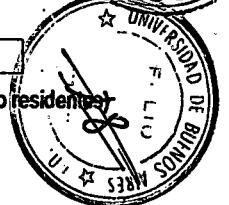
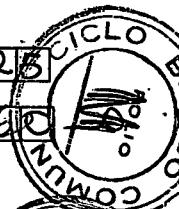
(Solo para extranjeros no residentes)

E) Legajo de UBA

Número

40464 [REDACTED]

REFOLIADO N°	2
CICLO BASICO COMUN	





# UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

## CENSO DE PERSONAL DOCENTE 1992 Resolución N° 2172/91 de Consejo Superior

### Introducción

El objetivo de este censo es conocer las características de los docentes de la UBA y facilitar el diseño de políticas.

El presente cuestionario deberá ser respondido por todo el personal de la Universidad de Buenos Aires que ocupa un cargo docente, aunque en la actualidad no cumpla funciones docentes por causas circunstanciales o de programación.

El concepto de función docente alcanza a todas las personas que, ocupando un cargo docente, dicten clases y/o realicen tareas de investigación y/o de extensión y/o técnico-académicas.

Este relevamiento abarca a todos los docentes cualquiera sea su categoría, rentados o ad-honorem, y ya sean regulares o interinos.

Este censo es voluntario y se responde de manera independiente de la entidad



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires, 29-3-93

RECIBI DEL SR./A *Garcia,..Stello, Mario*  
LEGAJO N° *10.767* LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO .....

APELLIDO Y NOMBRE

*Soria, Eugenio Luis*

*Pasaron  
A. Ficha*

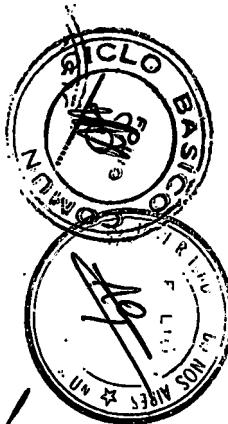
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

GRADO/AÑO

*4<sup>to</sup> grado*

CICLO BÁSICO COMUN
REFOLIADO N°
21

*J.M.B. Decker*  
FIRMA



DEPARTAMENTO DE RENUNERACIONES

S. C. 27. 65. 13. 15. 30.

INSTITUTO CALASANZ (A - 11)

SE NILLOSA 854

C A P I T A L

T E L . 9 2 2 - 0 5 0 2

CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD

*El que suscribe, certifica que el alumno*

*Sonia, Eugenio Luis*

*está inscripto/ha asistido como alumno regular en este Instituto durante el Curso Es-*

*cular de 1993 en Grado/Año 1º*

*Div. B*

*Se extiende la presente constancia en*

*Buenos Aires,*

*1 MAR 1993*

REFOLIADO N°  
CICLO  
SÍSTICO COMÚN  
22







FEV, 2002  
5-5-02  
11-9-02

GARCIA STELLA MARIS

DECURSE 9 - 90

FORM. 866 B

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Se hace constar que Eugenio Luis Loría  
es alumno de 1º grado B división, en este establecimiento.

A pedido del interesado se extiende la presente constancia en Buenos

Luis, a los 21 días del mes de marzo de 1990

para ser presentada ante las autoridades de la Universidad de



ESTADUNIDENSE	SANTA	MARIA
UNIVERSIDAD	CICLO	ANUAL
COMUN	ESTUDIOS	GENERAL
Sello	SABELLI	MONS.



Firma autorizada  
BILLETTO

70.762

Stelle SARCI

R TIENE 20  
NACIDO 14-12-90

DOCENTE

leg. 40.464

yo

FORM. 866 B

CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Se hace constar que Eugenio Luis Loria  
es alumno de 1<sup>er</sup> grado B<sup>º</sup> división, en este establecimiento.

A pedido del interesado se extiende la presente constancia en Buenos

Larios, a los 7 días del mes de diciembre de 1990

para ser presentada ante las autoridades de Universidad de Bs As.

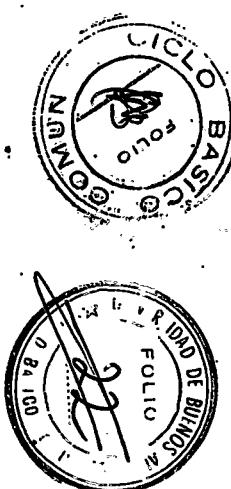
Facultad de Arquitectura, diseño y urbanismo

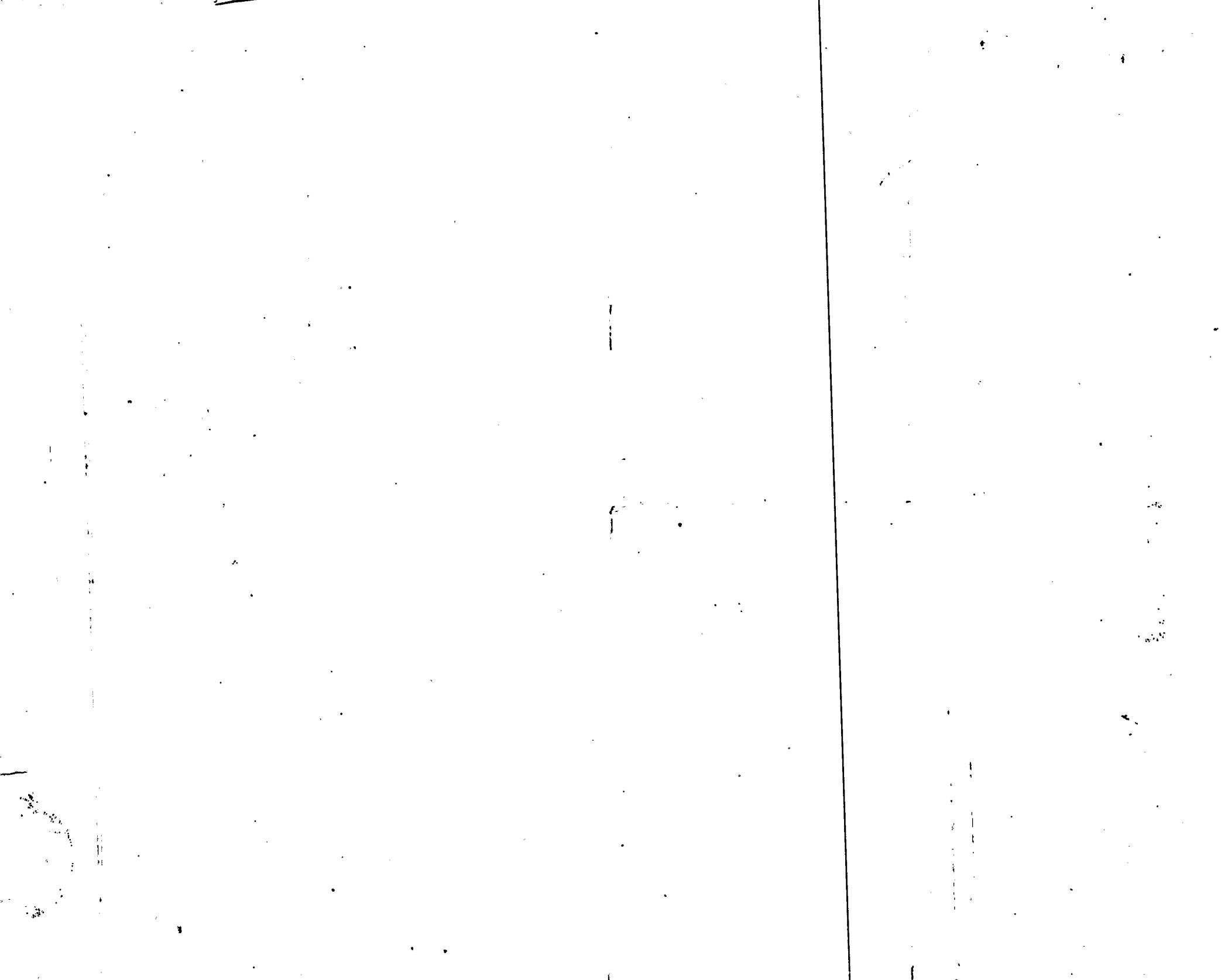


Ethel Cocola

Firma autorizada  
ETHEL COCOLA  
DIRECTORA.

REFOLIO N° 24  
CICLO BÁSICO COMUN







Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Docente

Buenos Aires,

27/ABR/92

RECEBÍ DEL SR. I.A. GARCIA STELLA  
LEGAJO N° 10767 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 92.

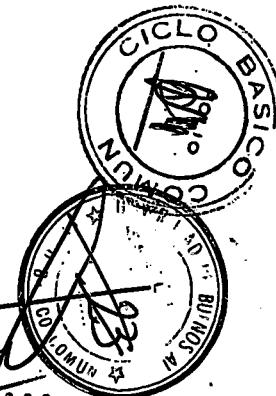
APELLIDO Y NOMBRE

SORIA ENRIKIO

GRADO/AÑO

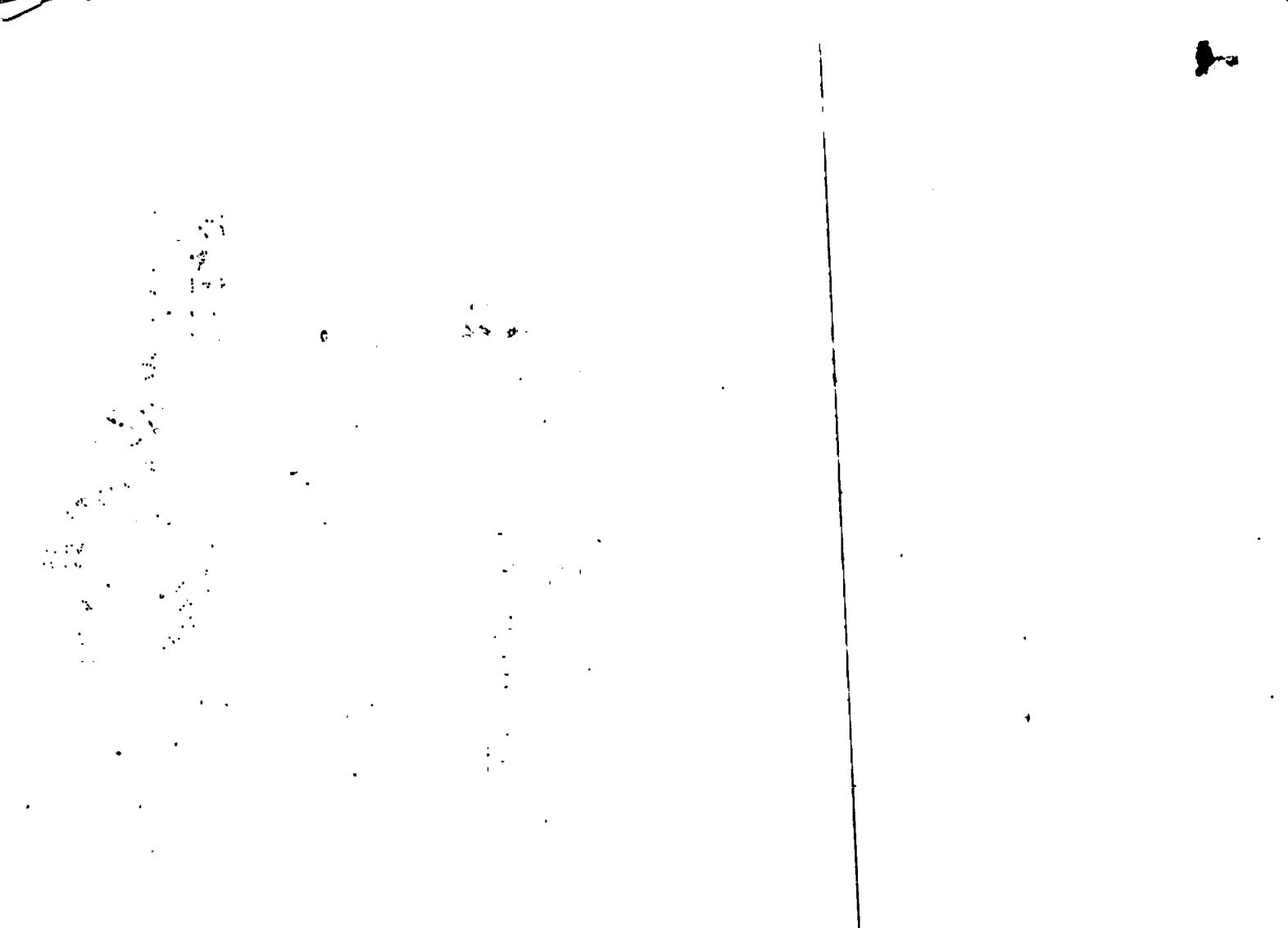
3º  
3º

CICLO BÁSICO COMÚN
REFOLIADO N°
25



DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES

FIRMA



INSTITUTO CALASANZ (A - 11)

SE NILLOSA 854

C A P I T A L

T E L . 9 2 2 - 0 5 0 2

CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD

*El que suscribe, certifica que el alumno*

*Eugenio Soria*

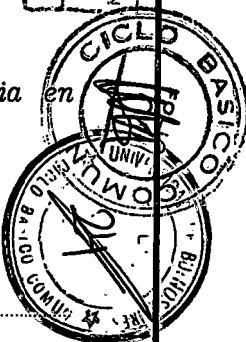
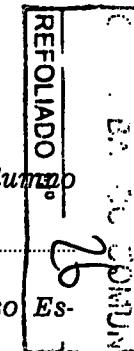
*está inscripto/~~ha asistido~~ como alumno regular en este Instituto durante el Curso Escolar de 19<sup>92</sup> en Grado/ A 3º Div. B*

*Se extiende la presente constancia en*

*Buenos Aires. 20-4-92.-*



*Maria Elena Iglesias*  
MARIA ELENA IGLESIAS  
SECRETARIA SECCION PRIMARIA



no piece legato



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común



Buenos Aires, 4-4-94.....

RECEBI DEL SR./A. *Garcia Stello*.....

LEGAJO N° *70.767*... LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE

DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO.....

APELLIDO Y NOMBRE

*SORIA, Eugenio Luis*

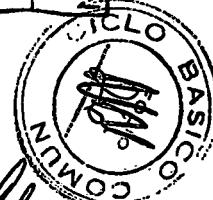
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*RESADO  
AFICHA*

GRADO/AÑO

*5º grado*

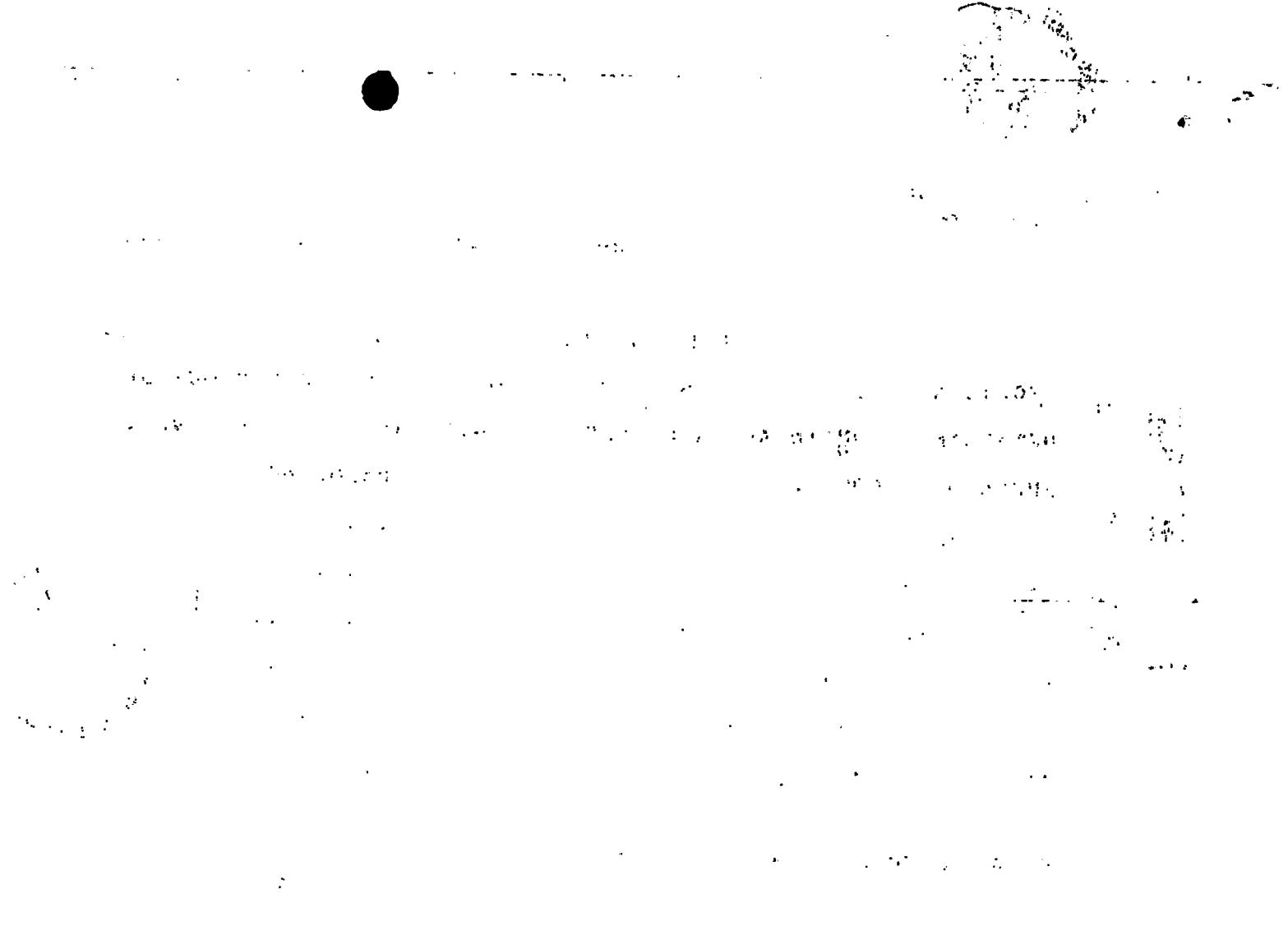
CICLO BÁSICO COMÚN	REFOLIADO N°
27	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....



*Lissochell*.....

FIRMA

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 422



INSTITUTO CALASANZ (A - 11)

SENILLOSA 854

C A P I T A L

TEL. 922-0502

CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD

*El que suscribe, certifica que el alumno*

SORIA, Eugenio Luis

*está inscripto/ha asistido como alumno regular en este Instituto durante el Curso Es-*

*olar de 1994 en Grado/Año 5º Div. B*

*Se extiende la presente constancia en*

REFOLIADO Nº 28  
CICLO BÁSICO COMUN



*D. W. Darder*  
GRACIELA CARMEN D'ANDRAIA  
VICEDIRECTORA  
SECCION PRIMARIA





**DCI****REGIMEN DE RETENCIones**  
4ta. CATEGORIA**F. 572**Nº de C.U.I.T.: (1) **27-10137679-1**(2) Carácter de la  
presentación:  
Original / Recibido /**IMPUESTO A  
LAS  
GANANCIAS****DECLARACION JURADA:**  
En pesos con centavosDocumento de Identidad LS/LEMONDI/ o CI (2) N°:  
**10.137.649**Apellido y Nombre:  
**GARCIA, Stella Maris**Domicilio-Calle:  
**DIRECTORIO**Localidad:  
**CAP. FED.**Nº:  
**125**Piso/Apto.:  
**70 C**Provincia:  
—Cód. Postal:  
**1424**

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 creanado en 1985 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 - INFORMACION PARA LA PERSONA O ENTIDAD DESIGNADA PARA ACTUAR COMO AGENTE DE RETENCION (art. 4º, Punto 1-RGN 3802)			
1	a	Detalle de las cargas de familia Computables al inicio de la relación laboral			
		Apellido y Nombre	Desde	Tipo y Nº de Dto. de Identidad	Parentesco
		<b>SORIA, Eugenio Luis</b>	<b>20/10/83</b>	<b>30-467782</b>	<b>Hijo</b>
	b	Altas y Bajas producidas en el año en curso			
		Apellido y Nombre	MES alta/baja	Tipo y Nº de Dto. de Identidad	Parentesco
2	Importe de las ganancias liquidadas en el transcurso del período fiscal por otros empleadores o entidades.				Importes Ganancia Bruta
		Apellido y Nombre o Denominación	Nº DE C.U.I.T.	IMPORT. DE B.DUC.(8)	RETEN. PRACT. (6)
3	Deducciones y desgravaciones (montos erogados en el año en curso)				Importes
a	Cuentas médica-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 - INFORMACION PARA LA PERSONA O ENTIDAD QUE PAGUE OTRAS REMUNERACIONES (8)**

De acuerdo a lo establecido en el artículo 4 (punto 2), de la Resolución General N° 3802 informe que he designado para actuar como Agente de retención a:

Apellido y Nombre o denominación  
**UBA GBC**Nº de C.U.I.T.: **30-5466656-1**

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

Lugar y fecha: **BS AS. 8/9/94**Firma: **X**

(1) Se consignara cuando corresponda. (2) Tener 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.

**CICLO BASICO COMUN**

REFOLIADO N°

**29**

## CUADRO DE NOTIFICACION

1. AGENTE DE RETENCION: Acuso/ Acusameo recibo del original de la presente declaración jurada.

Apellido y nombre o denominación:

U.B.A - CBC

FECHA

8/9/94

FIRMA

ACLARACION:

CARACTER DEL FIRMANTE

UNA LUCIDA DIVISION SANTURIO

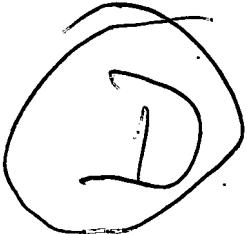
OCIO CIVICO CIVIL

2. PERSONAS O ENTIDADES QUE ABONEN OTRAS REMUNERACIONES: Acuso/ Acusameo recibo del original de la presente declaración jurada.

Apellido y Nombre o denominación:

FECHA

FIRMA



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires, 28-03-96

RECIBI DEL SR./A **CAROLINA STELLA**

LEGAJO N° **70.767** LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO **96**

APELLIDO Y NOMBRE

**SORIA EUGENIO LUIS**

GRADO/AÑO

**7º GRADO**

*Paseado*  
*a Fidela*

CICLO BÁSICO COMÚN
REFLUIDO N° <b>30</b>

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM.Nº42

*QH*  
FIRMA



INSTITUTO CALASANZ (A-11)

SENILLOSA 854

CAPITAL

TEL. 922-0502



CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD

*El que suscribe, certifica que el alumno*

SORIA EUGENIO LUIS

*está inscripto/ha asistido como alumno regular en este Instituto durante el Curso Escolar de 1996 en Grado/Año 7º Div. "B"*

*Se extiende la presente constancia en*

*Buenos Aires.*



*Maria Elena Iglesias de Rigo*  
MARIA ELENA IGLESIAS DE RIGO  
SECRETARIA SECCION PRIMARIA

CICLO BASICO COMUN  
REFOLIADO N° 31





Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común.

Buenos Aires,

13/MAR/95

RECIBI DEL SR./A. SORIA STELLA

LEGAJO N° 7076 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 95.

APELLIDO Y NOMBRE

SORIA EUGENIO

GRADO/AÑO

6

REFOLIADO N° 32  
CICLO BÁSICO COMÚN

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 42

FIRMA





INSTITUTO CALASANZ (A-11)

SE N I L L O S A 8 5 4

C A P I T A L

T E L . 9 2 2 - 0 5 0 2

CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD

*El que suscribe, certifica que el alumno*

*SORIA, Eugenio Luis*

*está inscripto/ha asistido como alumno regular en este Instituto durante el Curso Escolar de 19~~85~~ en Grado/Año 6º Div. B*

*Se extiende la presente constancia en*

Buenos Aires



*Maria Elena Colinas de RAGO*  
SECRETARIA SECCION PRIMARIA

**CICLO BASICO COMUN**  
**REFOLIADO Nº 33**



17

haciendo desde 1-4-88



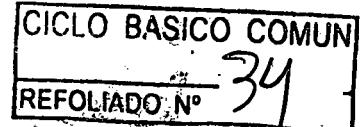
Buenos Aires, 23 de agosto de 1988.-

Sr. Jefe  
Departamento Personal  
CICLO BASICO COMUN

NOTIFICACION

25-9-88

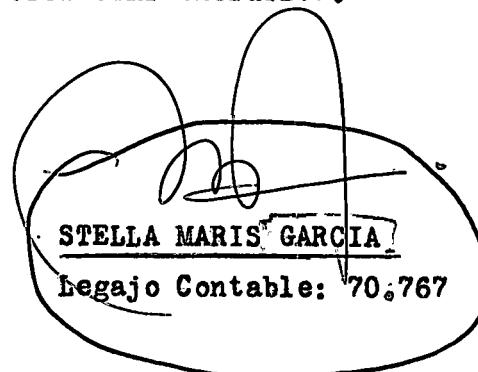
12-9-88



Solicito tenga a bien disponer se contemple e incluya en la liquidación mensual de mis haberes el porcentaje correspondiente a / antigüedad según Legajo Contable N°: 70.767 y que detallo a continuación:

Año 1979: Ayudante Ira. ; Arquitectura.  
Año 1987: Ayudante Ira. ; Diseño Gráfico.  
Año 1988: Ayudante Ira. ; Diseño Gráfico.  
Ayudante Ira. ; Ciclo Básico Común ;  
Dedición Semi-exclusiva.

Atentamente.



Liquidado Octubre/88. = PASEO + SICHERO

2  
THERAPY IN THE TREATMENT  
OF MENTAL DISEASE

200000

1. Psychotherapy  
2. Psychotropic drugs  
3. Physical therapy  
4. Electrotherapy  
5. Hypnototherapy  
6. Psychotherapy combined with physical therapy  
7. Psychotherapy combined with electrotherapy  
8. Psychotherapy combined with hypnototherapy  
9. Psychotherapy combined with psychotropic drugs  
10. Psychotherapy combined with physical therapy and psychotropic drugs  
11. Psychotherapy combined with electrotherapy and psychotropic drugs  
12. Psychotherapy combined with hypnototherapy and psychotropic drugs  
13. Psychotherapy combined with physical therapy and electrotherapy  
14. Psychotherapy combined with physical therapy and hypnototherapy  
15. Psychotherapy combined with electrotherapy and hypnototherapy  
16. Psychotherapy combined with physical therapy, electrotherapy and hypnototherapy  
17. Psychotherapy combined with psychotropic drugs and physical therapy  
18. Psychotherapy combined with psychotropic drugs and electrotherapy  
19. Psychotherapy combined with psychotropic drugs and hypnototherapy  
20. Psychotherapy combined with psychotropic drugs, physical therapy and electrotherapy  
21. Psychotherapy combined with psychotropic drugs, physical therapy and hypnototherapy  
22. Psychotherapy combined with psychotropic drugs, electrotherapy and hypnototherapy  
23. Psychotherapy combined with psychotropic drugs, physical therapy, electrotherapy and hypnototherapy

200000  
200000  
200000

200000 200000 200000



CICLO BASICO COMUN  
REFOLIADO N° 35

- - - - Conste que la Arquitecta Stella Maris GARCIA(Leg.Nº 70.767 .- DNI.Nº 10.437.679) revistó como integrante del personal docente de esta Casa de Estudios a partir del 1º de abril de 1979 y hasta el 31 de marzo de 1980 en un cargo como Ayudante Primero en la asignatura Diseño Arquitectónico 1/3.Cát.Arq.Gonzalez.Del 1º de abril de 1987 y hasta el 31 de marzo de 1989 en un cargo como Ayudante Primero en la asignatura Diseño 3.Cátedra Coppola.Resolución(CD)Nº 221.Partida 227 sub cargo 482.-----

- - - - A pedido de la interesada y al sólo efecto de ser presentada ante quien corresponda, se expide la presente en Buenos Aires a los catorce días del mes de setiembre de mil novecientos ochenta y ocho. --



MARIA J. BRUNINGO DE VANNUCI  
DIRECTORA DE PERSONAL

*M. Brusino*

*Mejor liquidado el 1-6-89.*

000000000000000000

~~GAROL~~ SELLO  
70767

SE

DGI - S.U.S.S.

BANCO NACION - AVENIDA LA PLATA

TERM.: 1011080015

LOTE: 860950

FECHA: 22/03/95

HORA: 13:02

CUIT : 20-67657770-7 TRANS.: 3940

COD. OPER.: 1-1-826-0-0 CPTD.: 826

REG. FACILIDADES DE PAGO-DEC. 493/95

- AUTONOMOS -

CUOTA NRO.: 804

358 CONTRIB. SEG. SOCIAL \$ - 92,05

CTRL.:1-8663-3

SERVICIO SOLO CON SELLO DE CAJA

CICLO BASICO COMUN

REFOLIADO N°

36





D

Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires, .....

31/3/97

Grecia Stellar

RECIBI DEL SR./A.....

LEGAJO N° 70767 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO

St.

APELLIDO Y NOMBRE

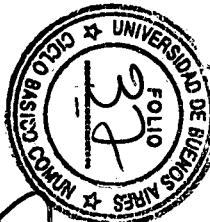
SOLA Eugenio

PAZADO

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

GRADO/AÑO

C. Nac. Bs As



.....  
.....  
.....  
.....  
FIRMA

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 119

1. *Chlorophytum*

2. *Chlorophytum*

3. *Chlorophytum*

4. *Chlorophytum*

5. *Chlorophytum*

6. *Chlorophytum*

7. *Chlorophytum*

8. *Chlorophytum*

9. *Chlorophytum*

10. *Chlorophytum*

11. *Chlorophytum*

12. *Chlorophytum*

80

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES

EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que SORIA, Eugenio Luis - - - - -

se encuentra inscripto en este establecimiento, como alumno regular de primer año, en el presente curso escolar.

A pedido del interesado y a los efectos de su presentación ante las autoridades de la Universidad de Buenos Aires. - - - - -

expide esta constancia en Buenos Aires, a veinticinco días del mes de marzo del año mil no-

vecientos noventa y siete. - - - - -  
araa



*J. Chao*  
JORGE FRANCISCO CHAO  
SECRETARIO



70767

ANSeS

Administración Nacional de la Seguridad Social

9.127

O y M

22

DECLARACION JURADA  
PARA PERCEPCION DE ASIGNACIONES FAMILIARES POR  
PARTE DE LA TRABAJADORA

## 1- DATOS DE LA TRABAJADORA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S			
<b>GARCÍA STELLA MARIS</b>			
C.U.I.L N°	<input type="checkbox"/> L.E <input checked="" type="checkbox"/> D.N.I.	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	EXPEDIDA POR
27101376791	<input type="checkbox"/> L.C <input type="checkbox"/> C.I.	10137679	<i>Rup.</i>
DOMICILIO	LOCALIDAD - PROVINCIA		C.P.
Av. DIRECTORIO 125-7º-C-	CAPITAL FEDERAL		1424
RAZON SOCIAL EMPLEADOR			C.U.I.T N°
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES			30546666561
DOMICILIO	LOCALIDAD - PROVINCIA		C.P.

## 2- DATOS DEL/DE LOS HIJO/S

En BUENOS AIRES a los 21 dias del mes de ABRIL de 1997, declaro bajo juramento tener a cargo U.N. (1) hijo/s.



## APELLIDO/S Y NOMBRE/S

1 SORIA EUGENIO LUIS

2

3

4

5

6

7

8

9

10

*RENOVAR CARTA DE SUS PESOS*

## 3- DATOS DEL PADRE DEL/DE LOS HIJO/S

APELLIDO/S Y NOMBRE/S			
<b>SORIA HÉCTOR ERNESTO</b>			
C.U.I.L / C.U.I.T N°	<input checked="" type="checkbox"/> L.E <input type="checkbox"/> D.N.I.	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	EXPEDIDA POR
20076544707	<input type="checkbox"/> L.C <input type="checkbox"/> C.I.	7654470	<i>Rup.</i>
DOMICILIO	LOCALIDAD - PROVINCIA		C.P.
OLAZÁBAL 3205-10º-A-	CAPITAL FEDERAL		1428

ANTES DE COMITAR, LEER INSTRUCCIONES AL DORSO

ANTES DE COMITAR, LEER INSTRUCCIONES AL DORSO

## 4- MOTIVO/S POR EL/LOS CUAL/ES LE CORRESPONDE PERCIBIR LA/S ASIGNACION/ES FAMILIAR/ES:

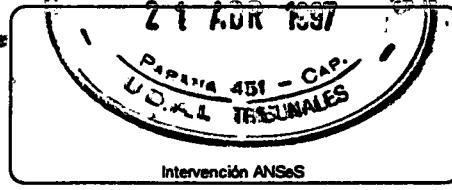
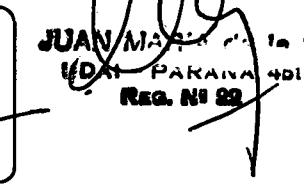
- No convivir con el padre del/de los hijo/s y desconocer su paradero.
- Encontrarse su esposo/padre de sus hijos desocupado, sin percibir subsidio por desempleo.
- Encontrarse separada de hecho y desconocer el paradero de su esposo.
- Ser el esposo/padre de sus hijos trabajador autónomo. *24/193*
- Otros: \_\_\_\_\_

Declaro tener conocimiento que la presente reviste carácter de declaración jurada y me comprometo a comunicar a mi empleador cualquier cambio de situación que se produzca a la señalada, en prueba de lo cual firmo al pie.



Firma de la Trabajadora

JUAN M. R. 1.1.1.  
IDN 1.1.1.1.1.1.1.  
REG. N° 29



Intervención ANSeS

## **INSTRUCCIONES**

El formulario debe ser confeccionado previamente por la interesada y presentado ante ANSeS, indistintamente por la beneficiaria o por el empleador para su posterior verificación y autorización.

### **I - DATOS DE LA TRABAJADORA:**

- Deberán consignarse sin tachaduras, los NOMBRES y APELLIDOS tal como figuran en el documento de identidad.
- También se consignarán la RAZON SOCIAL, DOMICILIO Y Nro. C.U.I.T, de la empresa en la que trabaja.

### **II - DATOS DEL/DE LOS HIJO/S:**

- Deberán detallarse únicamente los hijos de un mismo apellido, de haber hijos de distintos padres, deberá confeccionarse un formulario por cada uno de ellos.

### **III - DATOS DEL PADRE DEL/DE LOS HIJO/S:**

- Consignar NOMBRES y APELLIDOS, Nro. DOCUMENTO y Nro. C.U.I.L/C.U.I.T.

**La Declaración Jurada deberá renovarse cada 6 meses, pudiéndose confeccionar con anterioridad a la fecha de su vencimiento.**

**FALSEAR LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA DECLARACION JURADA ES UN DELITO REPRIMIDO POR EL CODIGO PENAL.**



J



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires,

15/4/98

RECEBI DEL SR./A.

RECIBI DEL SR./A. **Grecia Stella**  
LEGAJO N° **30767**. LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO **98**

**ASADOR**

APPELLIDO Y NOMBRE

**SORIA EDUARDO**

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

GRADO/AÑO

**2º ESO**

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

**CD**

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 42

FIRMA



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES



EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que..... Eugenio Luis SORIA . - - - - -

se encuentra inscripto en este establecimiento, como alumno regular de segundo año, en el presente curso escolar.

A pedido del interesado y a los efectos de su presentación ante las autoridades del Ciclo Básico Común. - - - - -

expide  
esta constancia en Buenos Aires, a..... dos  
días del mes de..... abril ..... del año..... mil  
novecientos noventa y ocho. - - - - -

co.

JORGE FRANCISCO CHAO  
SECRETARIO



925-2277

Buenos Aires, 06 de mayo de 1998.-

Remuneraciones CBC

Señor Sergio Fadel

Ciudad Universitaria - C.F.

Ref.: Asignación por hijo



De mi consideracion:

- Me dirijo a Ud. como cónyuge de la docente de esa Institución, Stella Maris García (Legajo N° 70767) y atento a lo por Ud. solicitado:
- 1º) Concurri nuevamente, ahora sí a una diferente dependencia del ANSES de la ubicada en la calle Paraná, como Ud. me lo sugiriera telefónicamente, a los efectos de solicitar la visación de la "DDJJ para Percepción de Asignaciones Familiares por parte de la Trabajadora" en la que consta que el cónyuge, trabajador autónomo, no percibe importe alguno alguno en concepto de asignación por hijo.
  - 2º) Al igual que en la 1ra. dependencia, como ya se lo manifestara a Ud., el funcionario interviniente respondió que no correspondía y acto seguido, ofuscado por el comportamiento aparentemente frecuente de la UBA, anuló, firmó y selló la DDJJ presentada y adjuntó una copia de la reglamentación vigente, también firmada y sellada.
  - 3º) A continuación, manifestó que en dicha Reglamentación figura estrictamente lo que el empleador, en este caso la UBA, debe exigir a la trabajadora en lo que atañe a documentación a presentar por el tema de referencia.
  - 4º) Que bajo ningún concepto puede exigir comprobante de pago de aportes jubilatorios del cónyuge como trabajador autónomo, a menos que medie una tarea fiscalizadora por parte de la UBA a favor de la DGI - ANSES, cosa que el desconoce, u otra razón.

Por tal motivo hago llegar a Ud., adjunta a la presente, la documentación obtenida con sellos y firmas originales además de una fotocopia de constancia de inscripción en la DGI como trabajador autónomo en cuatro (4) fojas útiles, cumpliendo así con la reglamentación vigente.

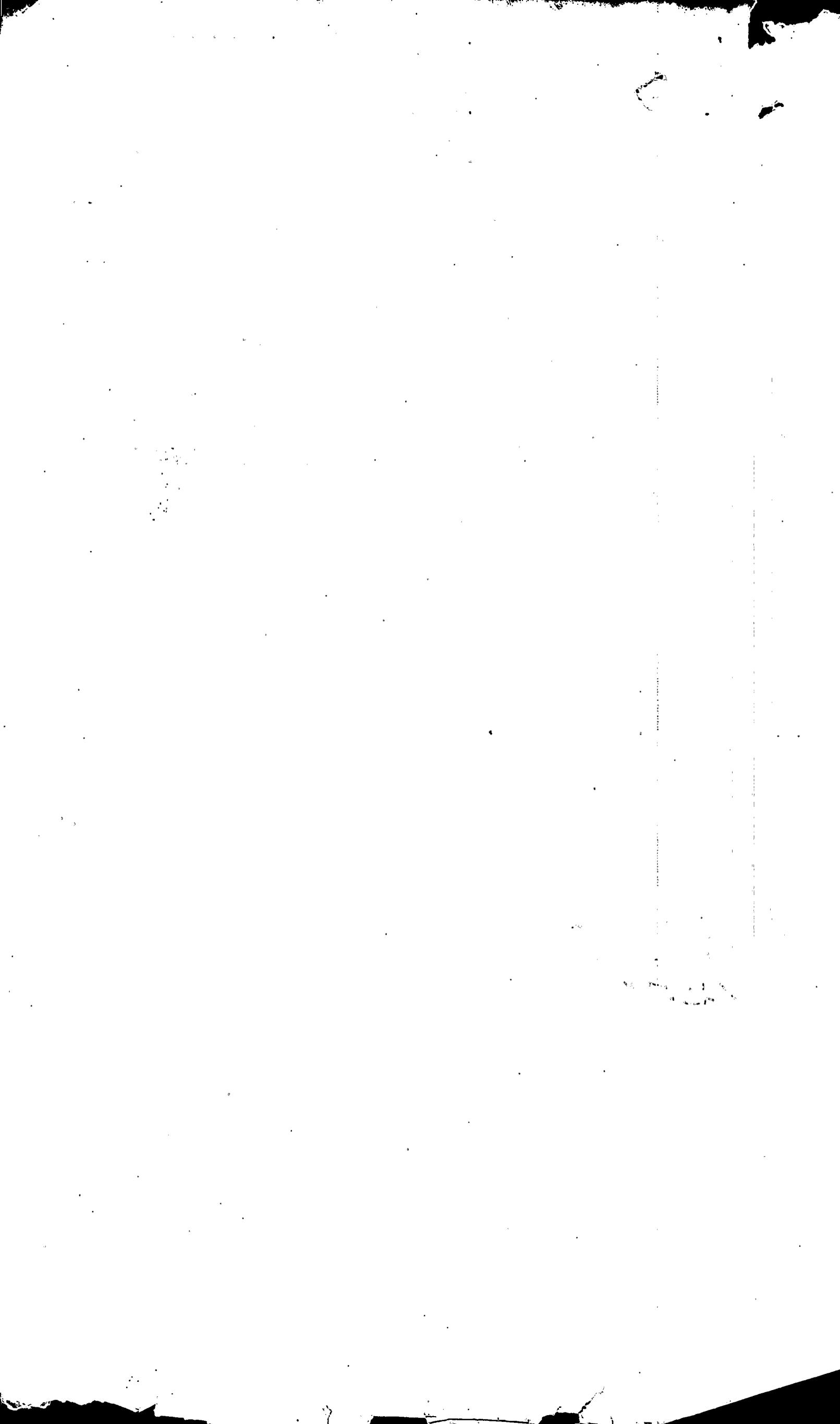
De ser necesario, a su entender, alguna documentación adicional o aclaración pertinente, solicito tenga a bien hacérmelo saber al teléfono 925-2277 (arq Stella García).

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Héctor Ernesto Soria".

Héctor Ernesto Soria

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Pasado".





**ANSES**

Form.  
PS.2.5

**Declaración Jurada para Percepción de  
Asignaciones Familiares por parte de la  
Trabajadora**

Frente

**1- Datos de la Trabajadora**

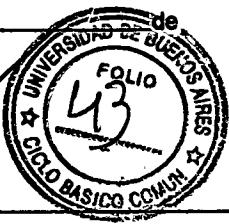
Apellido/s y Nombre/s

**GARCIA STELLA MARIS**

C.U.I.L N° <b>27101376791</b>	Tipo y Nº de Documento <b>D N 10137679</b>	Prov. Emis.	Expedida por
Domicilio <b>AV. DIRECTORIO 125. 7º C</b>	Localidad - Provincia <b>CAPITAL FEDERAL</b>	C.P. <b>1424</b>	
Razón Social del Empleador <b>UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES</b>	C.U.I.T N° <b>30546666561</b>		
Domicilio	Localidad - Provincia	C.P.	

**2- Datos del/de los Hijo/s**

En **BUENOS AIRES** a los **50** días del mes de **MAYO**  
**1998**, declaro bajo juramento tener a cargo **UN (1)** hijo/s.



(DORSO)

(ANTES DE COMPLETAR, LEER INSTRUCCIONES)

Apellido/s y Nombre/s

1 **SORIA EUGENIO LUIS**

6

7

8

9

10

**3- Datos del Padre del/de los Hijo/s**

Apellido/s y Nombre/s

**SORIA HECTOR ERNESTO**

C.U.I.L N° <b>20076577707</b>	Tipo y Nº de Documento <b>L.E. 14657770</b>	Prov. Emis.	Expedida por
Domicilio <b>OLAZABAL 3205 - 10º A</b>	Localidad - Provincia <b>CAPITAL FEDERAL</b>	C.P. <b>1428</b>	

**4- Motivo/s por el/los cuál/es le corresponde percibir la/s Asignacion/es Familiar/es:**

- No convivir con el padre del/de los Hijo/s y desconocer su paradero.
- Encontrarse su esposo/padre de sus hijos desocupado, sin percibir subsidio por Desempleo.
- Encontrarse separada de hecho y desconocer el paradero de su esposo.
- Ser el esposo/padre de sus hijos trabajador autónomo.
- Otros: \_\_\_\_\_

Declaro tener conocimiento que la presente reviste carácter de declaración jurada y me comprometo a comunicar a mi empleador cualquier cambio de situación que se produzca a la señalada, en prueba de lo cual firmo al pie:

**ESTANSE**

**I.D.A.I. PACI**

**- 6 MAY 1998**

**PRESTACIONES**  
Intervención ANSeS

Firma de la Trabajadora



Ministerio de Trabajo  
y Seguridad Social

## INSTRUCCIONES

El formulario debe ser confeccionado previamente por la interesada y presentado ante ANSeS, indistintamente por la beneficiaria o por el empleador para su posterior verificación y autorización.

### I - DATOS DE LA TRABAJADORA:

- Deberán consignarse sin tachaduras, los NOMBRES y APELLIDOS tal como figuran en el documento de identidad.
- También se consignarán la RAZON SOCIAL, DOMICILIO Y Nro. C.U.I.T. de la empresa en la que trabaja.

### II - DATOS DEL/DE LOS HIJO/S:

- Deberán detallarse únicamente los hijos de un mismo apellido, de haber hijos de distintos padres, deberá confeccionarse un formulario por cada uno de ellos.

### III - DATOS DEL PADRE DEL/DE LOS HIJO/S:

- Consignar NOMBRES y APELLIDOS, Nro. DOCUMENTO y Nro. C.U.I.L/C.U.I.T.

La Declaración Jurada deberá renovarse cada 6 meses, pudiéndose confeccionar con anterioridad a la fecha de su vencimiento.

**FALSEAR LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA DECLARACION JURADA ES UN DELITO REPRIMIDO POR EL CODIGO PENAL.**

---

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

---

## DOCUMENTACION QUE DEBE PRESENTAR

- Partida de nacimiento.
- DNI del hijo.
- Si se trata de hijo adoptivo: Sentencia de adopción.
- Si se trata de menores otorgados bajo guarda, tenencia o tutela: Testimonio expedido por autoridad judicial o administrativa competente.
- Certificado de pluriempleo: Deberá ser presentado por el titular que perciba esta asignación y trabaje en relación de dependencia en más de un empleo, y consiste en una constancia de los otros empleadores, de la que surja la no percepción de este beneficio como así también, el valor promedio resultante, de las remuneraciones del semestre correspondiente.
- Titular Viuda/o: Fotocopia certificado de defunción.
- Certificado opción pluricobertura: Cuando ambos padres trabajen bajo relación de dependencia, este certificado deberá ser presentado por el titular que perciba esta asignación, y consiste en una constancia extendida por el empleador del padre o madre del hijo, que avale la no percepción de asignaciones familiares en función del tope remuneratorio, o renuncia al cobro de las mismas en el caso en que este último se encuentre en un rango menos beneficioso.
- Padre o madre autónomo: El titular que perciba esta asignación, deberá presentar constancia de inscripción en la D.G.I. (C.U.I.T.) del otro progenitor, o constancia de inscripción en las Cajas Profesionales Provinciales que correspondan.
- Padre o madre desocupado: El titular que perciba la asignación por hijo, deberá presentar Declaración Jurada en la que conste que el cónyuge o conviviente se encuentra desocupado.
- Titular separado/a de hecho: Declaración Jurada en la que conste dicha situación y documentación respaldatoria que avale que el padre/madre no las cobra.
- Titular con divorcio vincular: Sentencia de divorcio, de la que surja la tenencia de los hijos del matrimonio, y documentación respaldatoria de que el padre/madre no la cobra.



MIGUEL ANGEL TECHERA CHÁVEZ  
Supervisó Prestaciones Activas

Se recuerda que la Declaración Jurada de Cargas de Familia, deberá confeccionarse al ingreso y cada vez que se produzca un alta, baja o modificación de la situación original.

Deseamos brindarle la atención que Ud. merece, por eso le recomendamos que evite concurrir en las horas de mayor concentración de público. Concerte cita con anterioridad en el sector Orientación, recuerde que los clientes con turno reservado tendrán atención prioritaria.

### Documentación Faltante

Atiendo:

Clasificado:

Hora:

## REQUISITOS QUE DEBE REUNIR

**Requisito 1:** Esta asignación se abona a través del empleador/ANSES, según el caso y consiste en el pago de una suma de dinero, que se abona a los trabajadores en relación de dependencia, a los beneficiarios del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a los beneficiarios del Seguro por Desempleo cuyo promedio semestral o primer remuneración, según fuere su caso, no exceda el tope de Pesos Un Mil Quinientos (\$1500.-). Este tope se eleva a Pesos Un Mil Ochocientos (\$1800.-), para trabajadores en relación de dependencia que realicen sus actividades en zonas desfavorables (ver tabla anexa).

Para determinar el cobro del monto zonal de esta asignación, se tomará en cuenta el domicilio de explotación donde realizan sus actividades los trabajadores en relación de dependencia y el domicilio de la boca de pago, para los beneficiarios del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (ver tabla anexa).

**Requisito 2:** Se abona por cada hijo que resida en el país, soltero, propio, adoptivo, del cónyuge, matrimonial y extramatrimonial, aunque trabaje bajo relación de dependencia, hasta el mes inclusive en que cumple dieciocho años de edad.

A los fines de percibir la asignación por hijo, se considerarán los menores cuya guarda, tenencia o tutela, haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa competente.

No corresponde el pago de esta asignación, cuando se trate de menores emancipados.

Esta asignación, se abona a uno solo de los padres, no pudiendo percibirse simultáneamente en más de un empleo.

Cuando ambos progenitores estén comprendidos en el presente régimen, la asignación por hijo podrá ser solicitada por aquél a quién su percepción, en función de su monto, le resulte más beneficiosa.

Corresponde la percepción de Asignación por Hijo durante la percepción de la Asignación por Maternidad.

**DG****DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA  
20-07657770-7**

CORREO ARGENTINO
DEPENDENCIAS VARIAS
FRANQUEO A PAGAR
CUENTA NRO. 529

1713 0002059 5

**DESTINATARIO                   SORIA HECTOR ERNESTO**  
**DOMICILIO                   OLAZABAL 3205 P10 A**  
**1428-CAPITAL FEDERAL**



**REMITENTE:**  
**DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA**  
**DOMICILIO                   AVDA CABILDO 3061**

**CODIGO   1429   LOCALIDAD                   CAPITAL FEDERAL-**  
**999 99 999 999 95 1713 0002059 5**

**DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA**  
**CONSTANCIA DE INSCRIPCION**

**CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA 20-07657770-7**

**APELLIDO Y NOMBRE O  
DENOMINACION DE LA ENTIDAD SORIA HECTOR ERNESTO**

**IMPUESTOS Y CONCEPTOS REGISTRADOS**

1-GANANCIAS	7-
2-REG.TRAB. AUTONOMO CAT.=D	8-
3-*****	9-
4-	10-
5-	11-
6-	12-

**FECHA DE EMISION 04/03/95**

**INSCRIPTO EN   AGENCIA NRO 41**

**LIC. RICARDO COSSIO  
DIRECTOR GENERAL**

**DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA  
CONSTANCIA DE INSCRIPCION**

<b>APELL. Y NOMBRE O DENOM.</b>	<b>NRO. DE CONTRIB.</b>
SORIA HECTOR ERNESTO	20-07657770-7

**DCI**

DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA

20-07657770-7

CORREO ARGENTINO

DEPENDENCIAS VARIAS

FRANQUEO A PAGAR

CUENTA NRO. 529

1713 0002059 5

DESTINATARIO SORIA HECTOR ERNESTO  
DOMICILIO OLAZABAL 3205 P10 A  
1428-CAPITAL FEDERAL

70767

GARCIA STELLA MAR

REMITENTE:  
DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA  
AVDA CABILDO 3061

CODIGO 1429 LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL-  
999 99 999 999 95 1713 0002059 5



DIRECCION GENERAL IMPOSITIVA  
CONSTANCIA DE INSCRIPCION

CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA 20-07657770-7

APELLIDO Y NOMBRE O  
DENOMINACION DE LA ENTIDAD SORIA HECTOR ERNESTO

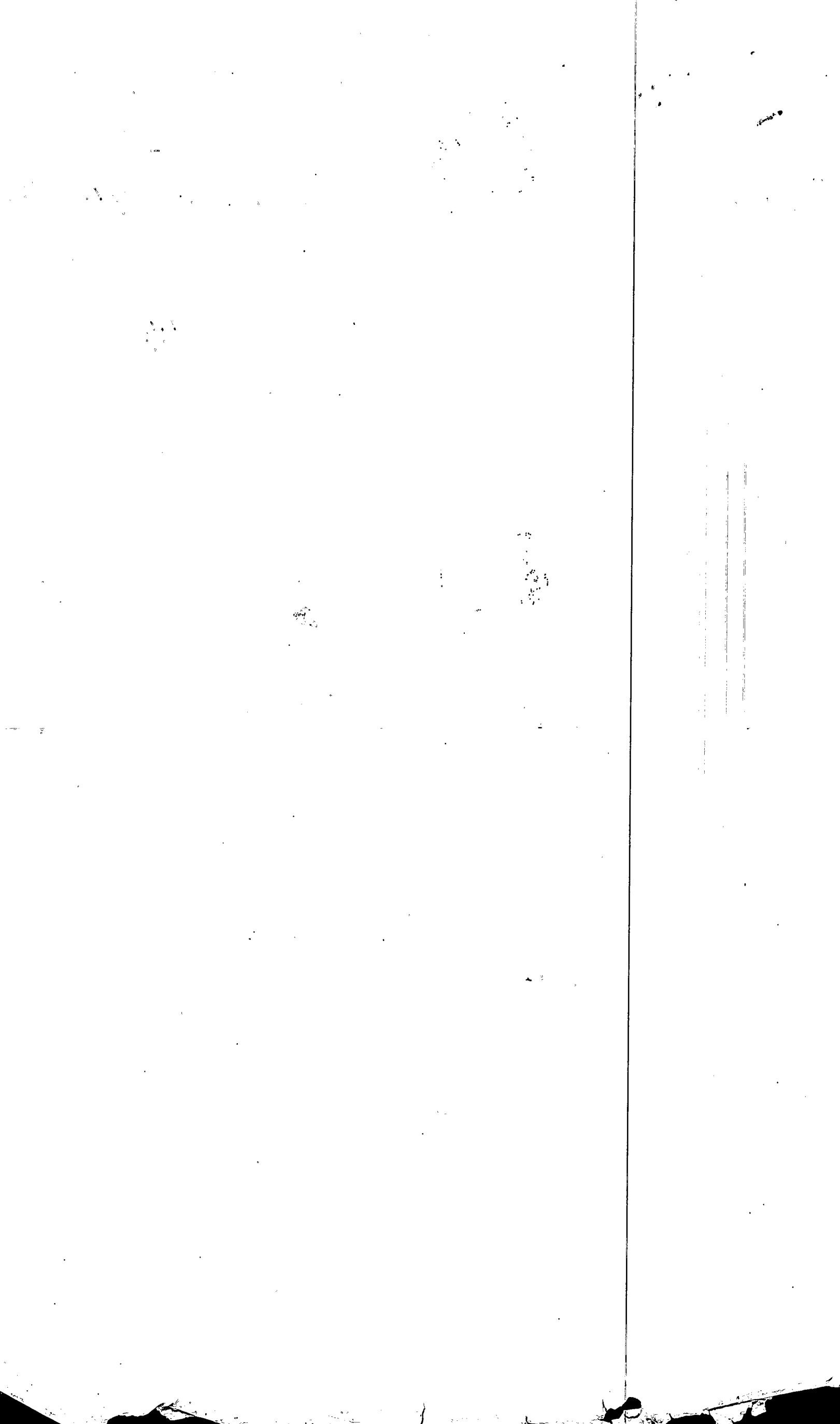
IMPUESTOS Y CONCEPTOS REGISTRADOS

1-GANANCIAS 7-  
2-REG.TRAB. AUTONOMO CAT.ED 8-  
3-\*\*\*\*\* 9-  
4- 10-  
5- 11-  
6- 12-

FECHA DE EMISION 04/03/95

INSCRIPTO EN AGENCIA NRO 61

LIC. RICARDO COSSIO  
DIRECTOR GENERAL



Nº 70363

CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.  
SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO PARA EL PERSONAL DEL ESTADO  
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS



Documento  
I.E.C./D.N.I.

Nº 10.132.639.

Asegurado: GARCIA STELLA MARIA  
(Apellido y Nombre)

Fecha de nacimiento: 26-5-53



Es zurdo?

Entidad: Universidad de Buenos Aires. En caso de fallecimiento deseo que el capital asegurado sea abonado a la/s persona/s que detallo al dorso:

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	DOC. DE IDENTIDAD
WECRUR ERNESTO EDUARDO	ESTRUGO	7 657 370

Si al momento de liquidarse el capital asegurado, alguna/s de ellas fueran menores de edad, :  
deseo que la indemnización correspondiente sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad.

En este caso abonar a: .....

22 JUN 1988

E I  
Lugar y fecha

Firma y Sello U.B.A.

Firma del Asegurado

70 263



CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.  
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO (SOCIAL)  
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Póliza  
Nº 150.130

Documento  
~~LELE~~/D.N.I.

10 132 679.

Asegurado: GARCIA STELLA MARIS

(Apellido y Nombre)

Fecha de nacimiento: 26-5-53



Entidad: Universidad de Buenos Aires. En caso de fallecimiento deseo que el capital asegurado sea abonado a la/s persona/s que detallo al dorso:

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	DOC. DE IDENTIDAD
HECTOR ERNESTO TORIA	HIJO	3.657 770

Si al momento de liquidarse el capital asegurado, alguna/s de ellas fueran menores de edad,  
deseo que la indemnización correspondiente sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad.  
En este caso abonar a: ..... **COMERCIALIZACIONES**

122 JUN 1983

Firma y Sello U.B.A.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

Nº.....



CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS

Póliza  
Nº 12.781

Documento  
L.E./L.C./D.N.I.

Nº.....

Asegurado:..... Es zurdo?.....

(Apellido y Nombre)

Fecha de nacimiento:.....



Entidad: Universidad de Buenos Aires. En caso de fallecimiento deseo que el capital asegurado sea abonado a la/s persona/s que detallo al dorso:

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	DOC. DE IDENTIDAD

Si al momento de liquidarse el capital asegurado, alguna/s de ellas fueran menores de edad, no deseo que la indemnización correspondiente sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad.

En este caso abonar a: .....

.....

.....

Firma y Sello U.B.A.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

Nº .....



CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
**CONYUGE**  
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Póliza  
Nº 12.781

Documento  
L.E./L.C./D.N.I.

Nº .....

Asegurado:.....  
(Apellido y Nombre)..... Es zurdo?.....

Fecha de nacimiento:.....



Entidad: Universidad de Buenos Aires. En caso de fallecimiento deseo que el capital asegurado sea abonado a la/s persona/s que detallo al dorso:

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	DOC. DE IDENTIDAD

Si al momento de liquidarse el capital asegurado, alguna/s de ellas fueran menores de edad, no deseo que la indemnización correspondiente sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad.

En este caso abonar a: .....

.....

.....

Firma y Sello U.B.A.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado



## DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña  
el causante

1	L. C. o L. E. N° DN1-10.134.649	Matrícula N° 6.809.993	D. M.
CEDULA DE IDENTIDAD N° 6.809.993			
EXPEDIDA POR POLICIA FEDERAL			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
26/05/53. FECHA DE NACIMIENTO			

2	APELLIDO GARCIA La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES STELLA MARIS Escribir todos los nombres sin abreviaturas
---	---	---

3	DOMICILIO DIRECTORIO	Nº. 125 LOCALIDAD 4º C PCIA. GAP-FED
---	----------------------	--------------------------------------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES			
Repartición donde presta servicios			
4	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.  RECTORADO Y CONSEJO SUPERIOR DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.  CICLO BASICO COMUN CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. Ver al dorso a SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CALLE Nº. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO	LOCALIDAD PCIA. AYUDANTE, SEMIEXCLUSIVA. ABRIL 1986 = ANTECEDENTE RELATIVO Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos LUGAR ASQ. GENERAL R. GIGLIOTTI DIRECCION DEPARTAMENTO VII CICLO BASICO COMUN

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL			
5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.  REPARTICION  DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD  CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CALLE Nº. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO	LOCALIDAD PCIA. Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos LUGAR FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL			
6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.  REPARTICION  DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD  CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CALLE Nº. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO	LOCALIDAD PCIA. Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos LUGAR FECHA

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES			
7	EMPLEADOR  SUELDO O RETRIBUCION  HORARIO QUE CUMPLE	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS  FUNCIONES QUE DESEMPEÑA  INGRESO	

PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)			
8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:  Régimen Desde qué fecha.  Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.	Causa  Importe	Institución o Caja que lo abona

**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS  
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4	AYUDANTE DE 1º CON DEDICACION SEMIEXCLUSIVA	—	14 a 20	19 a 23	—	14 a 20	—	9 a 13
5								
6								
7								
8								

Lugar y fecha: Bs-As, 30 de Abril 1998.

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, así como 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: Bs-As, 30 DIC 1998

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2 y 3 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.

SILVIA ELIZABETH LOPEZ

JEFE DEPARTAMENTO LEGAJOS  
SECRETARIA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA  
CICLO BASICO COMUN

(Para uso de las Direcciones de Administración y organismos que hagan sus veces).

Lugar y fecha:

Con la constancia de quedar en poder de este servicio el duplicado de la presente declaración jurada a fin de darle el trámite dispuesto en el Decreto N°. 8.566/61, remítase al Tribunal de Cuentas de la Nación, de conformidad con el artículo 14 del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de ..... de 19.....

FIRMA DEL JEFE

(Para uso del Tribunal de Cuentas de la Nación)

Delegación, Fiscalía o Auditoría y fecha .....

Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, pase a la Dirección General del Servicio Civil de la Nación.

DELEGADO - AUDITOR - CONTADOR FISCAL

## UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

DUPLICADO



## DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña  
el causante

DEPTO:  
LEGAJO N° 70464

L. C. o L. E. N° Matrícula N° D. M.

DNI = 10134.649

CEDULA DE IDENTIDAD N° 6.809.293

EXPEDIDA POR POLICIA FEDERAL

En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación

96/05/53

FECHA DE NACIMIENTO

2 APELLIDO GARRIA

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

NOMBRES

STELLA MARIS

Escribir todos los nombres sin abreviaturas

3 DOMICILIO DIRECTORIO

Nº 125

LOCALIDAD 720 CAP. FEDERAL

PCIA.

## DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

4	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	CALLE Nº. C.DAD.UNIVERSIT. PCIA. CAP. FED.
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.	LOCALIDAD
	RECTORADO Y CONSEJO SUPERIOR DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	CICLO BASICO COMUN CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. Ver al dorso a	AYUDANTE 1º, SEMIEXCLUSIVA
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	INGRESO
	ABRIL 1986 = ANTECEDENTE RELATIVO	
	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	LUGAR	
	FECHA	

*ANTONIO R. BIGLIOTTI  
DIRECTOR DEL DEPTO. VII  
CICLO BASICO COMUN*

## EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE Nº.
	REPARTICION	LOCALIDAD
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	PCIA.
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	INGRESO
	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	LUGAR	
	FECHA	

## EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE Nº.
	REPARTICION	LOCALIDAD
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	PCIA.
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	INGRESO
	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	LUGAR	
	FECHA	

## EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO O RETRIBUCION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO

## PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:	
	Régimen	Causa
	Desde qué fecha	Importe
Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.		

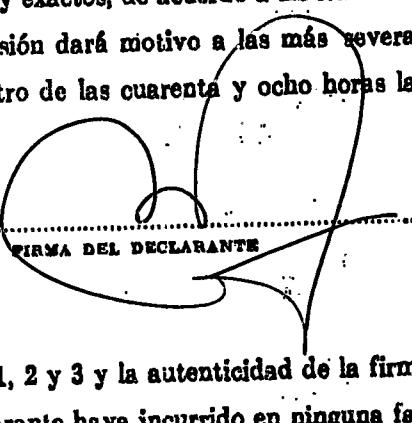
**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS  
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4 AYUDANTE DE 1º CON DEDICACION SEMIEXCLUSIVA	=	14 a 20	19 a 23	=	14 a 20	=	9 a 13
5							
6							
7							
8							

Lugar y fecha: Bs As, 30 de Abril 1998

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, así como 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: 15 DIC 1998

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2 y 3 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.

SILVIA FELIZ BETH LOPEZ  
JEF. SECC. LEGAJOS  
SECRETARIA DE ACUMULACION ADMINISTRATIVA  
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Fecha:

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

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DEL ORGANISMO

Fecha:

(\*) Considerando:

Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art. \_\_\_\_\_ del Decreto N.º \_\_\_\_\_

Que se cumplen los extremos indicados en el Art. \_\_\_\_\_ del mismo decreto;

Que asimismo surge que las tareas las desarrolla en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados;

Por tanto:

AUTORIZASE la acumulación de que se trata; por separado dése cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

(\*) Tachar lo que no corresponda

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DEL ORGANISMO



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires,

13/8/89

RECEBI DEL SR./A.....

GARCIA Stella

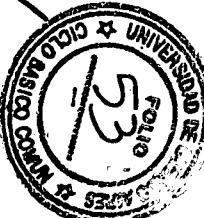
LEGAJO N° 70762 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO .....

APELLIDO Y NOMBRE

Alses / 89

GRADO/AÑO

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



FIRMA

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 42

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.  
21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30.  
31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40.  
41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50.  
51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60.  
61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70.  
71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80.  
81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90.  
91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

100

PROBLEMS - 100% OF THE TEST

Frente

## I- Datos del/la Beneficiario/a - Trabajador/a

Apellido/s y Nombre/s <b>GARCÍA, STELLA MARIS</b>		
CUIL N° <b>27101376791</b>	Tipo y N° de Documento <b>PN 10137679</b>	Expedida por
Domicilio <b>DIRECTORIO 125 - 7º C</b>	Localidad - Provincia <b>CAP. FEDERAL</b>	C.P. <b>1424</b>
Razón Social del Empleador <b>UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES</b>	CUIT N° <b>3054666561</b>	
Domicilio	Localidad - Provincia	C.P.

## 2- Datos del/los Hijo/s

En BUENOS AIRES a los 13 días del mes de SEPTIEMBREde 1999 declaro bajo juramento tener a cargo UN (1) hijo/s.

CUIL N° <b>20304647822</b>	Apellido/s y Nombre/s <b>SORIA, EUGENIO LUIS</b>	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

## 3- Datos del/la Padre/Madre del/los hijo/s

Apellido/s y Nombre/s <b>SORIA, HECTOR ERNESTO</b>	
CUIT N° <b>20076544404</b>	Tipo y N° de Documento <b>LE 7654440</b>
Domicilio <b>OLAZABAL 3205 - 10º A</b>	Localidad - Provincia <b>CAP. FEDERAL</b>
	C.P. <b>1428</b>

## 4- Motivos por el/los cual/es le corresponde percibir la/s Asignación/es Familiar/es

- No convivir con el/la padre/madre del/de los hijo/s.
- Encontrarse el cónyuge/padre/madre de sus hijos desocupado, sin percibir Prestación por Desempleo.
- Encontrarse separado/a de hecho.

Declaro tener conocimiento que la presente reviste carácter de declaración jurada y me comprometo a comunicar a mi Empleador/ANSES (quien me abona las asignaciones familiares) cualquier cambio de situación que se produzca a la señalada, en prueba de lo cual firmo al pie.



**Instrucciones:**

**Este formulario se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas**

**1- Datos del/la Beneficiario/a - Trabajador/a:**

- Deberán consignarse sin tachaduras, los Nombres y Apellidos tal como figuran en el Documento de Identidad.
- Se consignarán la Razón Social, Domicilio y Nº de CUIT de la Empresa, solo en caso que el/la interesado/a trabaje en relación de dependencia.

**2- Datos del/los Hijo/s:**

- Deberán detallarse únicamente los hijos de un mismo apellido.
- Para la Beneficiaria - Trabajadora, en caso de tener hijos con distintos apellidos, deberá confeccionar un formulario por cada uno de ellos.

**3- Datos del/la Padre/Madre del/los Hijo/s:**

- Consignar Nombres y Apellidos, Nº de Documento y Nº de CUIL/CIUT.

**Falsear los datos contenidos en esta Declaración Jurada es un delito reprimido por el Código Penal.**

**El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.**

**Importante:**

El presente formulario debe ser cumplimentado por el/la beneficiario/a de Asignaciones Familiares en carácter de declaración jurada, como constancia de no percepción de la mismas por parte del otro parente/madre de los menores declarados. No tiene vencimiento, operando el mismo sólo ante la presentación de un nuevo formulario.

Toda modificación a la situación declarada, deberá ser notificada mediante la cumplimentación de un nuevo formulario, en su defecto, por: certificado de pluricobertura, partida de defunción, constancia de inscripción en autónomos, sentencia de divorcio, Orden de Pago Previsional, o Orden de Pago de la Prestación por Desempleo, según corresponda.

La información declarada en el presente debe ser certificada por el empleador, en el caso de trabajador en relación de dependencia, por el empleador con el que acredita mayor antigüedad, para el caso de situaciones de pluriempleo, o por ANSES, en el caso de beneficiarios de la Prestación por Desempleo o beneficiarios de jubilación/pensión, y obrar en poder de quien liquida las Asignaciones Familiares.



## SUBSIDIO FAMILIAR (Declaración Jurada)

Punto 28. Res. Sec. S. S. nº 112/96 Compl. y aclarat. Dec.  
nº 1.215/96 regl. L. 24.714

a) Del declarante:

APPELLIDO Y NOMBRES	LEGAJO N°.	DEPENDENCIA	EMPLEO QUE DESEMPENA	VALOR PROM. REM. SEMESTRE
GARCIA, Stella Maris	10464	CPC	AYUD. DE 1º SEMI.	2680 <sup>00</sup>

L. E. - L. C. - C. I.	DOMICILIO	ESTADO CIVIL	FECHA DE CASAM.	OTROS EMPLEOS	CERT. OPCION PLURIEMPLEO
DNI 10137649	DIRECTORIO 1025, 7º C.	CASADA	20/11/46	—	—

b) De su cónyuge:

APPELLIDO Y NOMBRES	L. E. - L. C. - C. I.	DOMICILIO	EMPLEADOR	CERT. OPCION PLURICOBERTURA
SORIA, HECTOR E.	—	IDEM	INDEPENDIENTE	—

c) De los parientes a su cargo:

APPELLIDO Y NOMBRES	DOMICILIO	VINCULO	FECHA DE NACIMIENTO	L.E. - L.C. - C.I.	ESTADO CIVIL	(IMPE- DIDO)	ESCOLARIDAD		EMPLEADOR	SUELDO
							H. G. B.	POLIMODAL		
2 SORIA, EUGENIO	IDEM	—	10/03/10/83	—	—	—	30	ANOS	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Afirmo bajo juramento que los datos asentados en esta declaración son exactos y completos y que he confeccionado la misma sin omitir ni falsear informaciones, en conocimiento de las normas que rigen en la materia quedando obligado a comunicar, dentro de los treinta (30) días corridos de producida, toda variante relacionada con los datos aquí denunciados.

9/9/99

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL DECLARANTE

## PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE PERSONAL



Certifico que se verifican los siguientes datos, con fehaciente documentación, quedando los comprobantes respectivos, excepto los personales, archivados en el legajo personal del causante.

a) Del declarante:

DATO	PROBADO (*)
Identidad	
Domicilio	
Estado Civil	
Fecha Casam.	
Apart. V/f.a/b	

DATO	PROBADO (*)
Identidad	
Domicilio	
Estado Civil	
Fecha Nacim.	
Fecha Fallec.	
Vinculo b) y c)	

b) y c) Del cónyuge y de los otros parientes a su cargo:

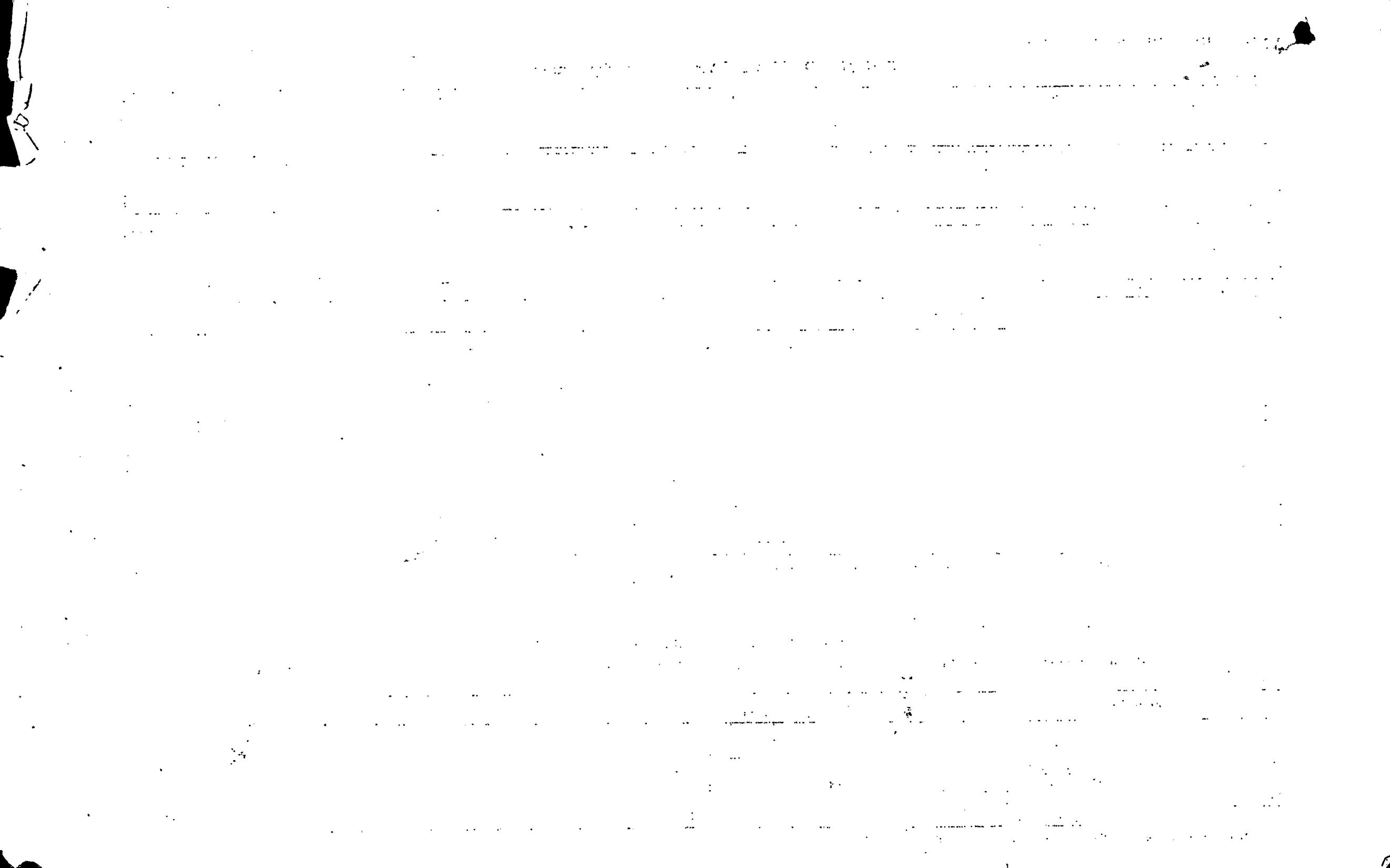
DATO	PROBADO (*)
E. G. B.	
Polimodal	
Impedimento	
Empleador	
Sueido	
Apart. VI/f.a/b	

25/8/99

LUGAR Y FECHA

FIRMA ACARADA

(\*) En la casilla correspondiente se señalará con los vocablos "sí" o "no", los datos que se certifican.





Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires,

9/9/99

RECEBI DEL SR./A..... Oficina .....

LEGAJO N° 40464 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO .....

APELLIDO Y NOMBRE

J. Uffleman .....

GRADO/AÑO

3º año .....

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

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

J. Uffleman  
FIRMA

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 42







UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES

80a-

EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que SORIA, Eugenio Luis. - - - - -

se encuentra inscripto en este establecimiento, como alumno regular de tercer año, en el presente curso escolar.

A pedido del interesado y a los efectos de su presentación ante las autoridades  
DEL CICLO BASICO COMUN DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. - - - - - expide

esta constancia en Buenos Aires, a seis días del mes de septiembre del año mil no-  
vecientos noventa y nueve. - - - - -

mejor.



JORGE FRANCISCO CHAO  
SECRETARIO

rep.

ASOCIACION NACIONAL DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS - - - - -

ASOCIACIONES

ANONIMAS - - - - -

ESTADOS

"VIBES" - - - - -

DIFUSOR RADIAL COOPERATIVO DE LA UNION REGIONAL DE DIFUSORES

PERIODISMO

ESTADISTICO MUNICIPAL DE SANTO DOMINGO - - - - -



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

ANSES



folle o Ambasnos

Buenos Aires,

20/3/2000

GARCIA

RECIBI DEL SR./A.....

LEGAJO N° 40467 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALIAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 2000

APELLIDO Y NOMBRE

Eugenio

GRADO/AÑO

2º Año

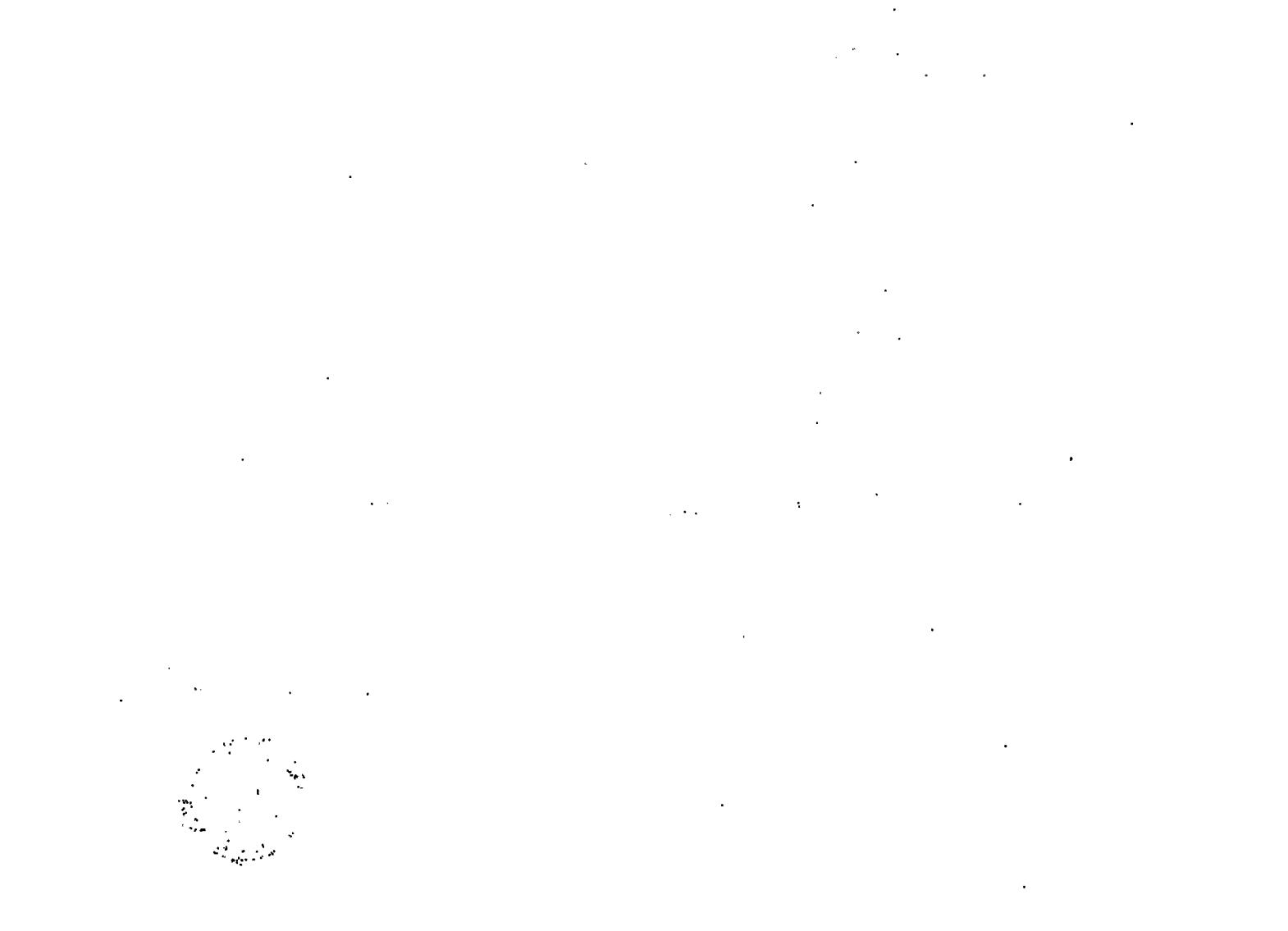
Pasado  
a  
fichel

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 42

Jofres

FIRMA





## COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES

EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que Eugenio Luis SORIA

se encuentra inscripto en este establecimiento, como alumno regular de cuarto año, en el presente curso escolar.

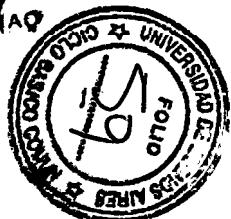
A pedido del interesado y a los efectos de su presentación ante las autoridades de la Universidad de Buenos Aires.

expide esta constancia en Buenos Aires, a trece días del mes de marzo del año dos mil.

co.



*J. Muñoz*  
JORGE FRANCISCO MUÑOZ  
SECRETARIO



Outlines

1000



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires, ..... 31/3/00 .....

RECIBI DEL SR./A GARCIA STELLA M.  
LEGRAJO N° 10161 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACIÓN CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 2007

APELLIDO Y NOMBRE

INSES N° 2000

GRADO/AÑO

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

Paseado

Av  
(che)

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 42

.....  
FIRMA



1

Frente

**I - Datos del/la Beneficiario/a - Trabajador/a**

<b>Apellido/s y Nombre/s</b> <b>GARCÍA, STELLA MARÍS</b>		
<b>CUIL N°</b> <b>27101376791</b>	<b>Tipo y N° de Documento</b> <b>DN 10137679</b>	<b>Expedida por</b>
<b>Domicilio</b> <b>DIRECTORIO 125-7º C</b>	<b>Localidad - Provincia</b> <b>CAP. FEDERAL</b>	<b>C.P.</b> <b>1424</b>
<b>Razón Social del Empleador</b> <b>UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES</b>		<b>CUIT N°</b> <b>3015466665611</b>
<b>Domicilio</b>	<b>Localidad - Provincia</b>	<b>C.P.</b>

**2- Datos del/los Hijo/s**

En BUENOS AIRES a los    días del mes de MARZO  
 de 2.000 declaro bajo juramento tener a cargo UN (1) hijo/s.

<b>CUIL N°</b> <b>2013046748212</b>	<b>Apellido/s y Nombre/s</b> <b>SORIA, EUGENIO LUIS</b>
1	2
3	4
5	6
7	8

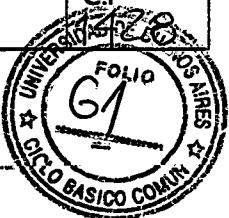
**3- Datos del/la Padre/Madre del/los hijo/s**

<b>Apellido/s y Nombre/s</b> <b>SORIA, HÉCTOR ERNESTO</b>		
<b>CUIL N°</b> <b>2004765477017</b>	<b>Tipo y N° de Documento</b> <b>LE 76547701</b>	<b>Expedida por</b>
<b>Domicilio</b> <b>OLAÑÁBAL 3205-10º A</b>	<b>Localidad - Provincia</b> <b>CAP. FEDERAL</b>	<b>C.P.</b> <b>1424</b>

**4- Motivos por el/los cual/es le corresponde percibir la/s Asignación/es Familiar/es**

- No convivir con el/la padre/madre del/de los hijo/s.
- Encontrarse el cónyuge/padre/madre de sus hijos desocupado, sin percibir Prestación por Desempleo.
- Encontrarse separado/a de hecho.

Declaro tener conocimiento que la presente reviste carácter de declaración jurada y me comprometo a comunicar a mi Empleador/ANSES (quien me abona las asignaciones familiares) cualquier cambio de situación que se produzca a la señalada, en prueba de lo cual firmo al pie.


**Certificación del Empleador**
**Lugar y Fecha**


**Instrucciones:**

**Este formulario se debe completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas**

**I- Datos del/la Beneficiario/a - Trabajador/a:**

- Deberán consignarse sin tachaduras, los Nombres y Apellidos tal como figuran en el Documento de Identidad.

Se consignarán la Razón Social, Domicilio y N° de CUIT de la Empresa, solo en caso que el/la interesado/a trabaje en relación de dependencia.

**2- Datos del/los Hijo/s:**

- Deberán detallarse únicamente los hijos de un mismo apellido.
- Para la Beneficiaria - Trabajadora, en caso de tener hijos con distintos apellidos, deberá confeccionar un formulario por cada uno de ellos.

**3- Datos del/la Padre/Madre del/los Hijo/s:**

- Consignar Nombres y Apellidos, N° de Documento y N° de CUIL/CIUT.

**Falsear los datos contenidos en esta Declaración Jurada es un delito reprimido por el Código Penal.**

**El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.**

**Importante:**

El presente formulario debe ser cumplimentado por el/la beneficiario/a de Asignaciones Familiares en carácter de declaración jurada, como constancia de no percepción de la mismas por parte del otro padre/madre de los menores declarados. No tiene vencimiento, operando el mismo sólo ante la presentación de un nuevo formulario.

Toda modificación a la situación declarada, deberá ser notificada mediante la cumplimentación de un nuevo formulario, en su defecto, por: certificado de pluricobertura, partida de defunción, constancia de inscripción en autónomos, sentencia de divorcio, Orden de Pago Previsional, o Orden de Pago de la Prestación por Desempleo, según corresponda.

La información declarada en el presente debe ser certificada por el empleador, en el caso de trabajador en relación de dependencia, por el empleador con el que acredita mayor antigüedad, para el caso de situaciones de pluricompleto, o por ANSES, en el caso de beneficiarios de la Prestación por Desempleo o beneficiarios de jubilación/pensión, y obrar en poder de quien liquida las Asignaciones Familiares.

# CUIL por InterNET

Solicitud de Constancia de CUIL | ANSES



ANSES

Fecha :28/9/1999

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
SISTEMA UNICO DE REGISTRO LABORAL

CUIL/CUIT : **27-  
10137679-1**

GARCIA STELLA MARIS  
DOCUMENTO : DU 10137679



## CONSTANCIA GRATUITA

No entregue esta credencial

Ud. debe tener un único CUIL / CUIT

Esta credencial debe exhibirla para realizar cualquier trámite ante ANSES u otro organismo que le requiera su CUIL / CUIT .

En caso de extravío , llame a

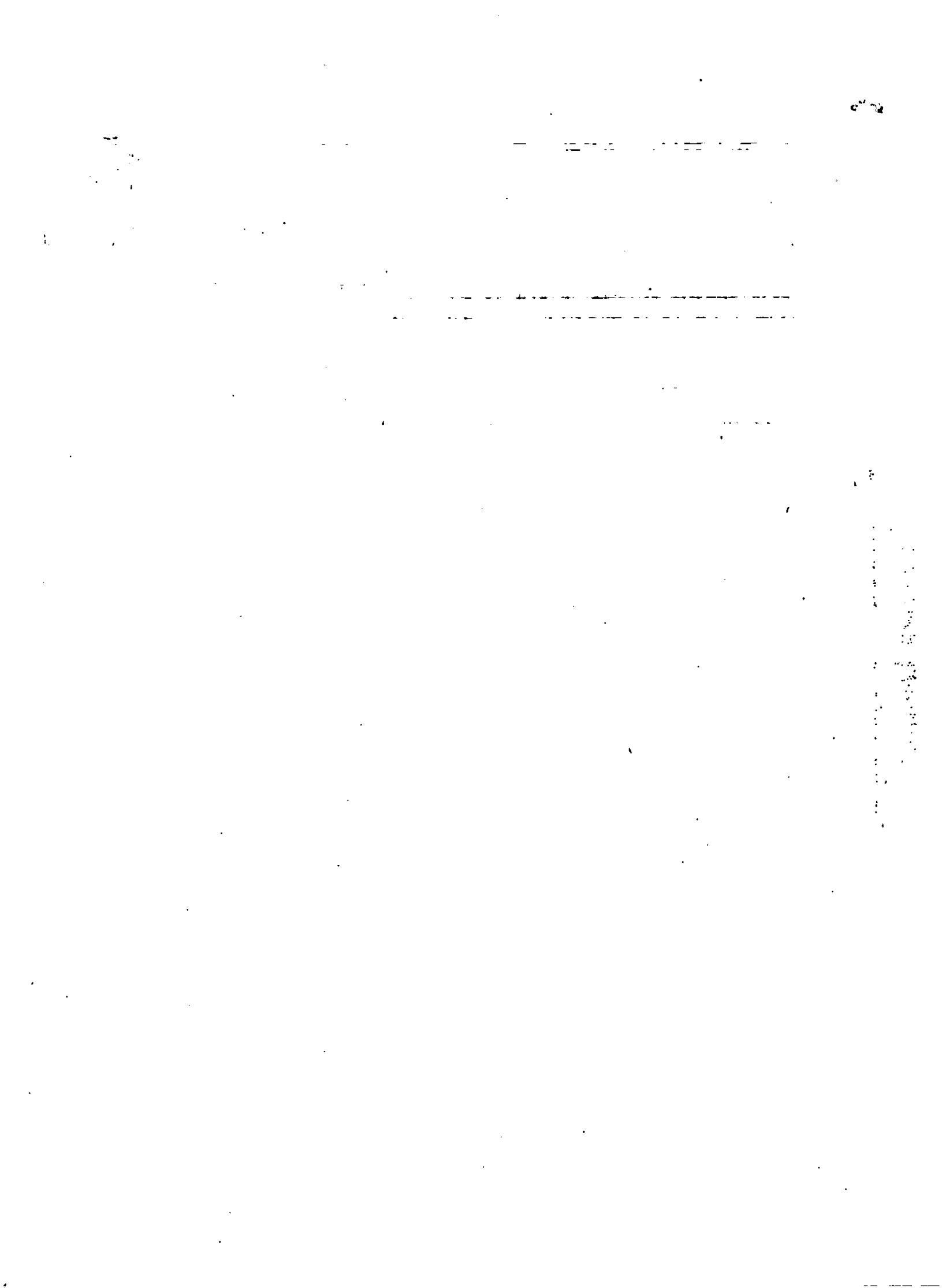
**(011) 4349-1200**

RECORTAR Y DOBLAR POR LA MITAD INDICADA  
PLASTIFICAR Y CONSERVAR ESTA CREDENCIAL

La verificación de esta constancia podrá ser efectuada por el receptor consultando en <http://www.anses.gov.ar>

[ [Página Principal](#) | [Acerca de ANSES](#) | [Buenas Noticias](#) | [Beneficiarios](#) | [Formularios](#) ]  
 [ [Servicios a Empresas](#) | [Marco Legal](#) | [Compras y Contrataciones](#) | [Guía de Prestaciones](#) ]  
 [ [Denuncias de Irregularidades](#) | [Información y Asesoramiento](#) | [Servicios a Trabajadores](#) ]  
 [ [Novedades](#) | [Otros Sitios en la Red](#) | [ANSES - Búsqueda](#) | [Solicitud de CUIL](#) ]

Correo Electrónico: [Webmaster@anses.gov.ar](mailto:Webmaster@anses.gov.ar)  
Administración Nacional de la Seguridad Social



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:

**GARCIA**

Apellidos (si es mujer el de soltera)

**Telesforo Garcia**  
Nombres

Clase 1853 N° 10137678

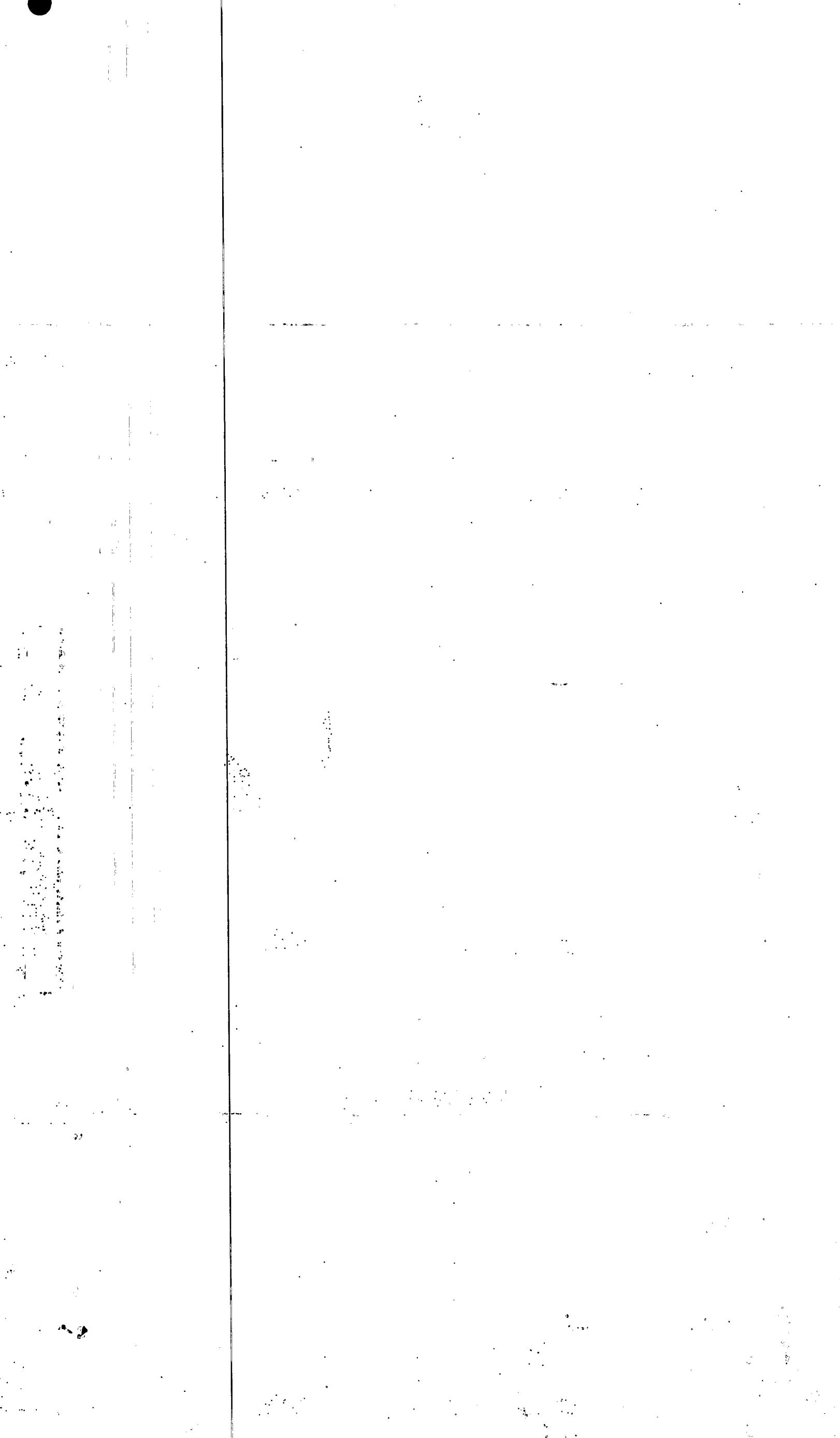
Sexo: **MARON** / MUJER

(tachar lo que no corresponda)

LEY

EMILIA I. REYNOSO

REYNO



## ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES

## DECLARACION JURADA

Importante:

- \*Lea detenidamente antes de completar
- \*Completar en letra clara e imprenta
- \*No omita ningún dato

LEGAJO

70.464



APELLIDO

GARCIA

APELLIDO MATERNO

CALVO

NOMBRES

STELLA MARIS

DOCUMENTO N°

10.134.649

TIPO

DNI

CUIL N°

24.10.134.649

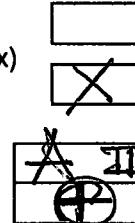
-1

VARON  
SEXO (marcar con x)  
MUJER

FECHA DE NACIMIENTO

26/05/53

GRUPO SANGUINEO

FACTOR  
RH

NACIONALIDAD

ARGENTINA

ESTUDIOS

(marcar con x)

POSGRADO  
MAESTRIA →  
DOCTORADOTERCIARIO  
UNIVERSITARIO  
DOCTORADO
  
  


COMPLETOS


INCOMPLETOS


IMPORTANTE

(presentar título o certificado según corresponda dentro de los próximos 30 días)

IDIOMAS

INGLES

(marcar con x)

(marcar con x)

HABLA  
LEE  
ESCRIBE
  
  

HABLA  
LEE  
ESCRIBE
  
  


ESTADO CIVIL (marcar con x)

SOLTERO

CONVIVIENTE

CASADO

SEPARADO  
DE HECHO

VIUDO

DIVORCIADO

SEPARADO  
LEGALMENTE

DOMICILIO

Av. DIRECTORIO

Nº 125

PISO 7º

DTO C

CODIGO POSTAL

1424

LOCALIDAD

CAP. FED

PCIA.(o/abreviar)

—

TELEFONO

4925-2244

PREFIJO (larga dist.)

E-MAIL

STELLA.MG2003@YAHOO.COM.AR

¿TIENE OTRA OBRA SOCIAL?  
(marcar con x)

Nº DE AFILIADO

NOMBRE

CERTIFICADO DE APTITUD  
(marcar con x)

FECHA DE APTO

29/4/84

PERCIBE JUBILACION?

SI

NO

BENEFICIO

Nº

DESDE

CAJA

**SALARIO FAMILIAR**

COBRA SALARIO FAMILIAR

NO

EN DONDE

CBC UBA

(indicar nombre de la empresa)

Nº CUIT

DOMICILIO (de la empresa)

DOMICILIO (de la empresa)

SEGURO DE VIDA

IMPORTANTE

PASAR EN FORMA URGENTE POR DEPARTAMENTO DE SEGUROS PARA COMPLETAR DATOS (L. A V. DE 10 A 17 HS.)

ANTIGUEDAD

PARA CONTINUAR PERCIBIENDO LA BONIFICACION

SI COBRA ANTIGUEDAD POR SERVICIOS PRESTADOS EN OTRAS ENTIDADES DEBERA PRESENTAR DE LAS MISMAS, EL CORRESPONDIENTE Nº C.U.I.T Y DOMICILIO DENTRO DE LOS PROXIMOS 60 DIAS CASO CONTRARIO LA UNIVERSIDAD DEJARA DE COMPUTAR DICHOS SERVICIOS.

Afirmo que los datos asentados en este formulario son exactos, que he confeccionado el mismo sin falsear informaciones y que acepto los plazos establecidos para la presentación de cualquier dato o documentación que adeudare

BUENOS AIRES

05 / 09 / 53

  
FIRMA

2770

**Universidad de Buenos Aires**

Coordinación General de Administración de Personal

Coordinación de Medicina de Trabajo

Solicitud de Reconocimiento Médico Domiciliario

Av. Córdoba 2351 (CABA) - Subsuelo Tel: 5950-8427/8/9



Fecha: 11.6.102

Legajo N°: 70747

Documento N°:

(DNI - G.I - LC - LE) 10.737.679

Nombre y Apellido:

GARCIA SILVIA MARÍS

Domicilio (donde se realiza el examen):

Nº 125

Piso 7

Dpto. C

DIRECCION

Teléfono:

Entre qué calles:

Entre qué números:  
(Si no tiene número)

Localidad

CAB.

Código Postal.

Repartición:

Cargo.

DEC

Horario de trabajo:

TARDI

Motivo de la solicitud:

RT

Fecha de inicio de licencia:

Días otorgados.

Nombre de familiar (si es por familiar enfermo)

Parentesco:

Total de días de licencia por enfermedad autorizados en el año en curso

Largo. Trat.

Corto. Trat.



SILVIA ELIZABETH LOPEZ  
 Firma del Jefe del Departamento de Personal  
 Secretaría de Coordinación Administrativa  
 Ciclo Básico Común

860 7100



# Universidad de Buenos Aires

Coordinación de Administración de Personal.

Coordinación de Medicina del Trabajo

Repartición		

7	6	7	6	A		
Nº de Legajo						

2	7	7	0
Pedido Nº			

PERSONAL : DOCENTE UNIVERSITARIO  1 DOCENTE SECUNDARIO  2. NO DOCENTE  3

Apellido y nombres García . Estela maria.

Domicilio:

Av. Directorio 125 N° Piso Dpto.

Localidad Capital.

Repartición REQUISITOS

Practicado el reconocimiento médico, se constató que el agente se encuentra comprendido en el inciso del artículo 10º del decreto 3413/79 y sus modificatorios, que se señala a continuación:

A <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------------

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

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

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

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

1  Masc.

2  Fem.

Sexo.

Por lo que se justifican las inasistencias:

Desde el 25 de 06 de 07

Hasta el 24 de 06 de 07

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Días Corridos

01	02
----	----



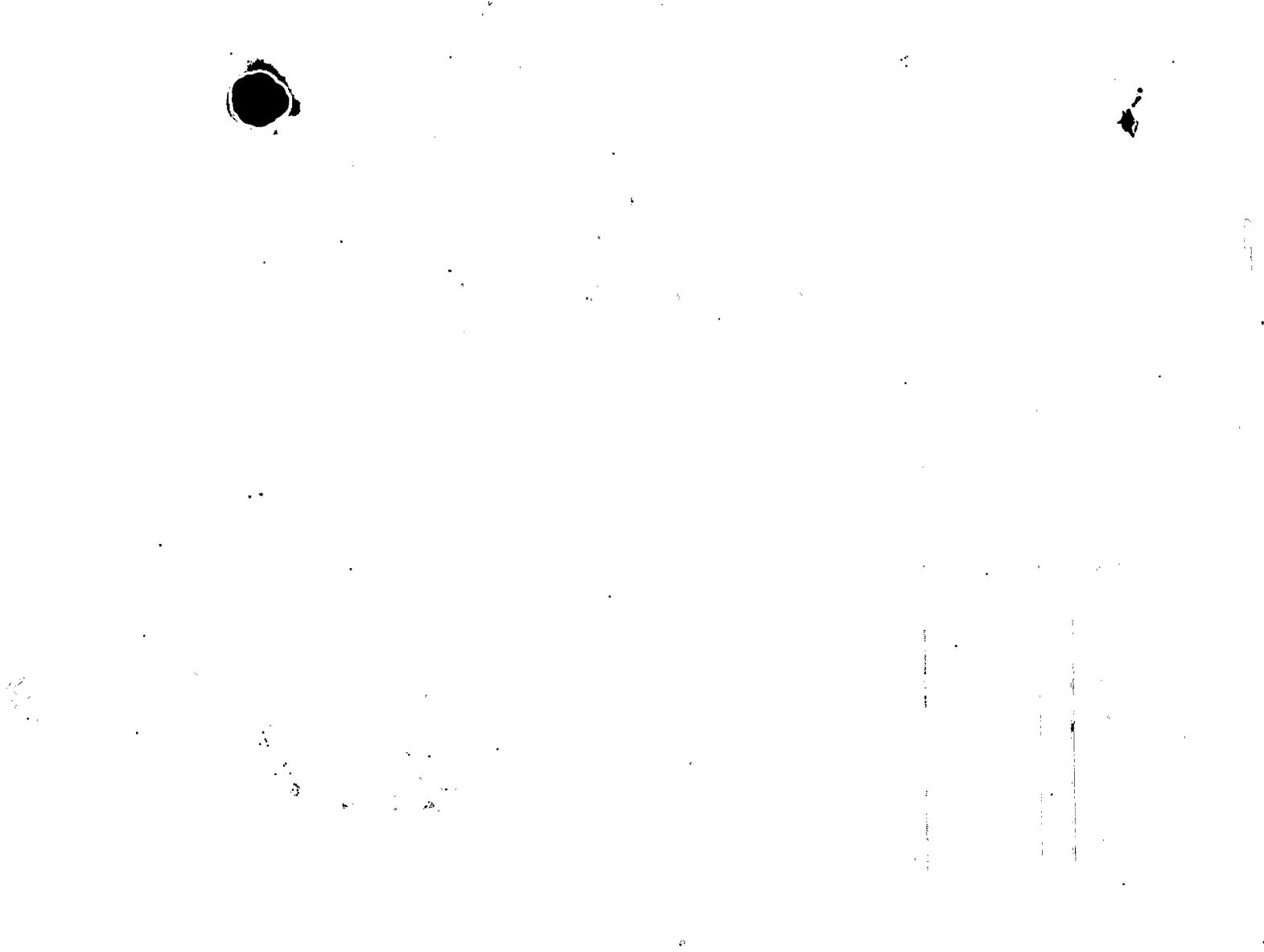
Código del Médico

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

M.N. 8055 M.P. 55133  
DIA VUCELLA ALICIA HEREDIA  
MEDICA

Firma del Médico Inspector

Para la Coordinación de Medicina del Trabajo



Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003\*

Póliza N° 13003 (según sus condiciones)

\*(Lo. 1977 y sus modificatorios)

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**SOLICITUD INDIVIDUAL**

Certificado N° **Nº 166987**

Legajo N° **40464**

Sucursal

**Tomador**

**Domicilio**

**Vigencia Inicial de la póliza**

**C PAC / UBA**

**CDAD UNIV/PABB/PB**

**01/04/88**

**Datos del Empleado**

Nombre y Apellido **STELLA MARIS GARCIA** | Fecha de nac. **26/05/53** | Sexo **F**  M

Tipo de Doc. **DNI**  LC  LE  CUIL  N° **10134649** LLLL | Nacionalidad Arg.  Ext.

Dirección **Av. DIRECTORIO N° 125** | Piso **7º** Dto. **C** | Est. Civil  Solt.  Casado  Div.  Viu.

Loc. **CABA** | Prov. **-** | C.P. **1424** | Tel. **49959277** | F. de ing. al empleo **01/04/88**

Capital a Asegurar | Es zurdo? SI  NO

**Beneficiarios**

Nombre y Apellido	Parentesco	Tipo y Nro. de Doc.	% de Benef.	F. de nac.
<b>HECTOR SORIA</b>	<b>EPOSO</b>	<b>DNI 1618018631</b>	<b>50%</b>	<b>24/05/49</b>
<b>GENVIO LUIS SORIA</b>	<b>Hijo</b>	<b>DNI 30464482</b>	<b>50%</b>	<b>20/10/83</b>
		LLLLLLLL		
		LLLLLLLL		
		LLLLLLLL		

<b>REASCIENDO</b>	<b>CAJA DE SEGUROS S.A.</b>
<b>B. As 06/11/04</b>	
Lugar y Fecha	

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha

Firma del Asegurable / Asegurado

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

**SILVINA ELISABET BERALDI**  
Jefe de División Movimiento de Personal  
Ciclo Básico Común

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.



Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003\*

Póliza N° 13.003 (según sus condiciones)

\*(L.O. 1977 y sus modificatorios)

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
SOLICITUD INDIVIDUAL

Certificado N° **Nº 166987**

Legajo N° **40 464**

Sucursal

Tomador

Domicilio

Vigencia Inicial de la póliza

**CRBC / UPA**

**ICIDAD UNIV/PAB3/PB 101 104/88**

Datos del Empleado

Nombre y Apellido **STELLA MARIS GARCIA** Fecha de nac. **96/05/53** Sexo  F  M

Tipo de Doc. DNI  LC  LE  CUIL  N° **10134649011111** Nacionalidad Arg.  Ext.

Dirección **TIERRASINZIA 105** Piso **Yo** Dtto. **O** Est. Civil Sol.  Casado  Div.  Viu.

Loc. **CABA** Prov. **C.P. 1004** Tel. **119050049** If. de ing. al empleo **104188**

Capital a Asegurar

¿Es zurdo? SI  NO

Añadir Clientes Familiares

Nombre y Apellido

Parentesco

Tipo y Nro. de Doc.

% de Benef.

F. de nac.

**ESTEPALIC 2007**

**SEÑOR**

**CMT5RDA42681**

**50%**

**04/05/49**

**ESTEPALIC 2007**

**Hijo**

**MVI3D14611R2**

**50%**

**20/10/83**

**RECIBIDO**

**CAJA DE SEGUROS S.A.**

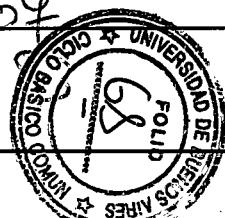
**06/11/2004**

Lugar y Fecha

**BA 06/11/04**

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha



Firma del Asegurable / Asegurado

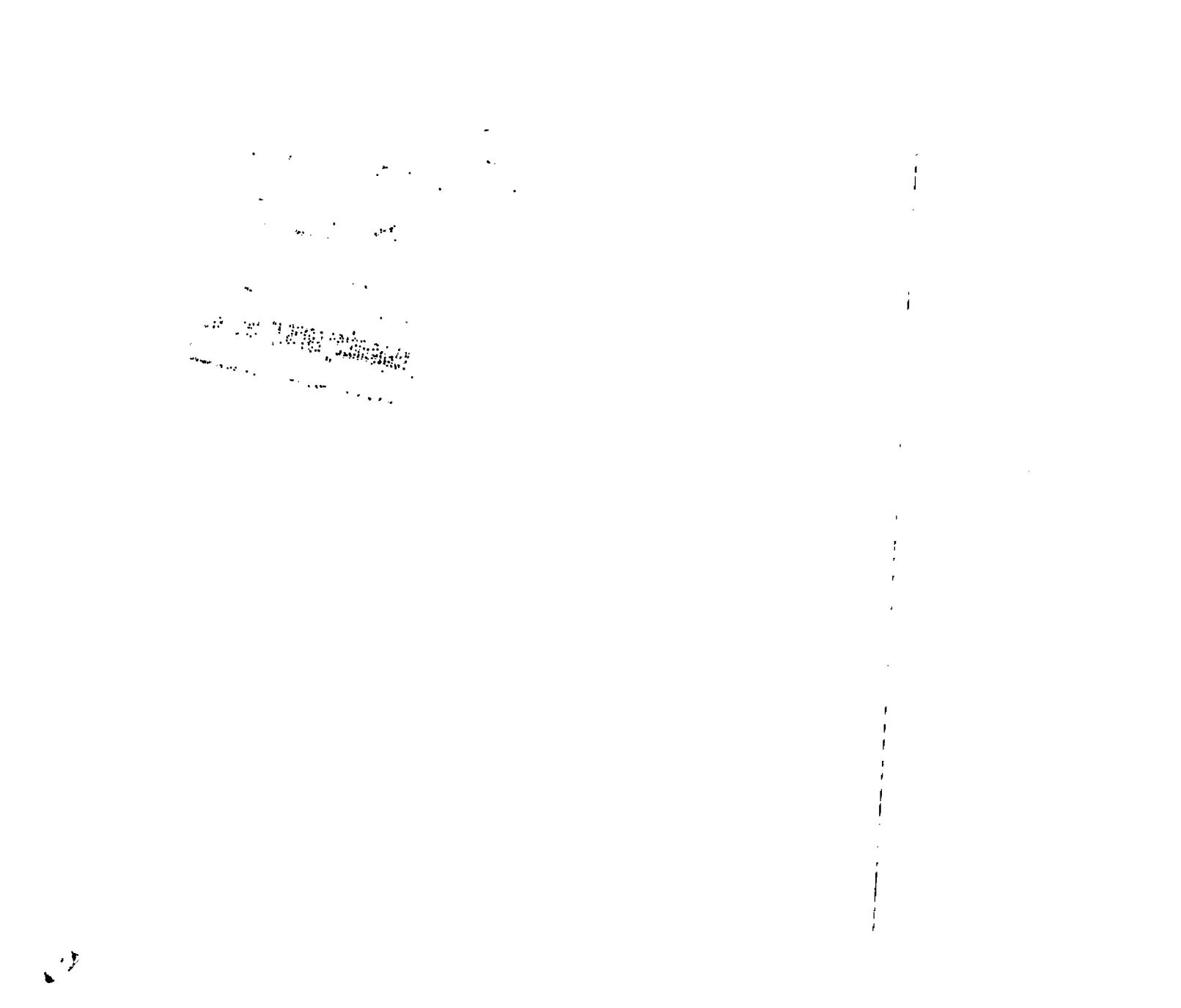
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

**SILVINA ELIZABETH BERALDI**  
Firma y Sello del Tomador  
DE DIVISION MOVIMIENTO DE PERSONA:

**CICLO BASICO COMUN**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS SOCIALES**

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.



**Original Blanco: Caja de Seguros S.A.**  
 El original de la presente constancia deberá ser remitido por el empleador a la aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio, ello en los términos del Art. 8 de la Resolución 30729 de SSN. "Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios".  
 El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74**  
**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**



Certificado N° **Nº 909228**

Legajo N° **70467**

Sucursal

Secc. \_\_\_\_\_ Ramo \_\_\_\_\_  
 Póliza N° **5000 150 130** (según sus condiciones)

Empleador

Vigencia Inicial de la póliza

**CRC / UBA**

**01 / 04 / 88**

Calle **CDAD. UNIU.** / PAB 3 N° \_\_\_\_\_ Piso **PB** Dto. \_\_\_\_\_ CP **1428**

Localidad **CABA**

Provincia

**Datos del Asegurado**

Apellido **SAROLA** Nombre **STELLA MARIÁS** Fecha de nac. **26 / 05 / 53**

Tipo de Doc. DNI  LC  LE  N° **1101346479** Expedido por

CUIL **24110134649-1** Estado Civil

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Domicilio Particular: Calle **Av. DIRECTORIO**

N° **125** Piso **fo** Dto. **C**

Localidad **CABA** Provincia

CP **1424** Cód. Área

Tel. **4925 2277**

F. de ing. al empleo | Día **01** | Mes **04** | Año **88** | Capital Asegurado

**Beneficiarios**

Apellido	Nombres	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nro. de Doc.	%	F. de Nac.
<b>SORIA</b>	<b>HECTOR E.</b>	EPOSO	Av DIRECTORIO 125	CI 1518101181631	50%	24 / 5 / 49
<b>SORIA</b>	<b>EDENIOL I.</b>	Hijo	Av DIRECTORIO 125	DNI 130464782435	35%	20 / 10 / 83

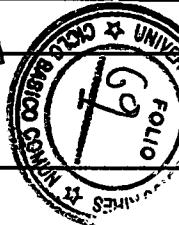
**BSAS RECIBIDO**  
**CAJA DE SEGUROS S.A.**

Lugar y Fecha

**Bs As 06 / 11 / 07**

Lugar y Fecha

Lugar y Fecha



Firma del Asegurado (o impresión digital)

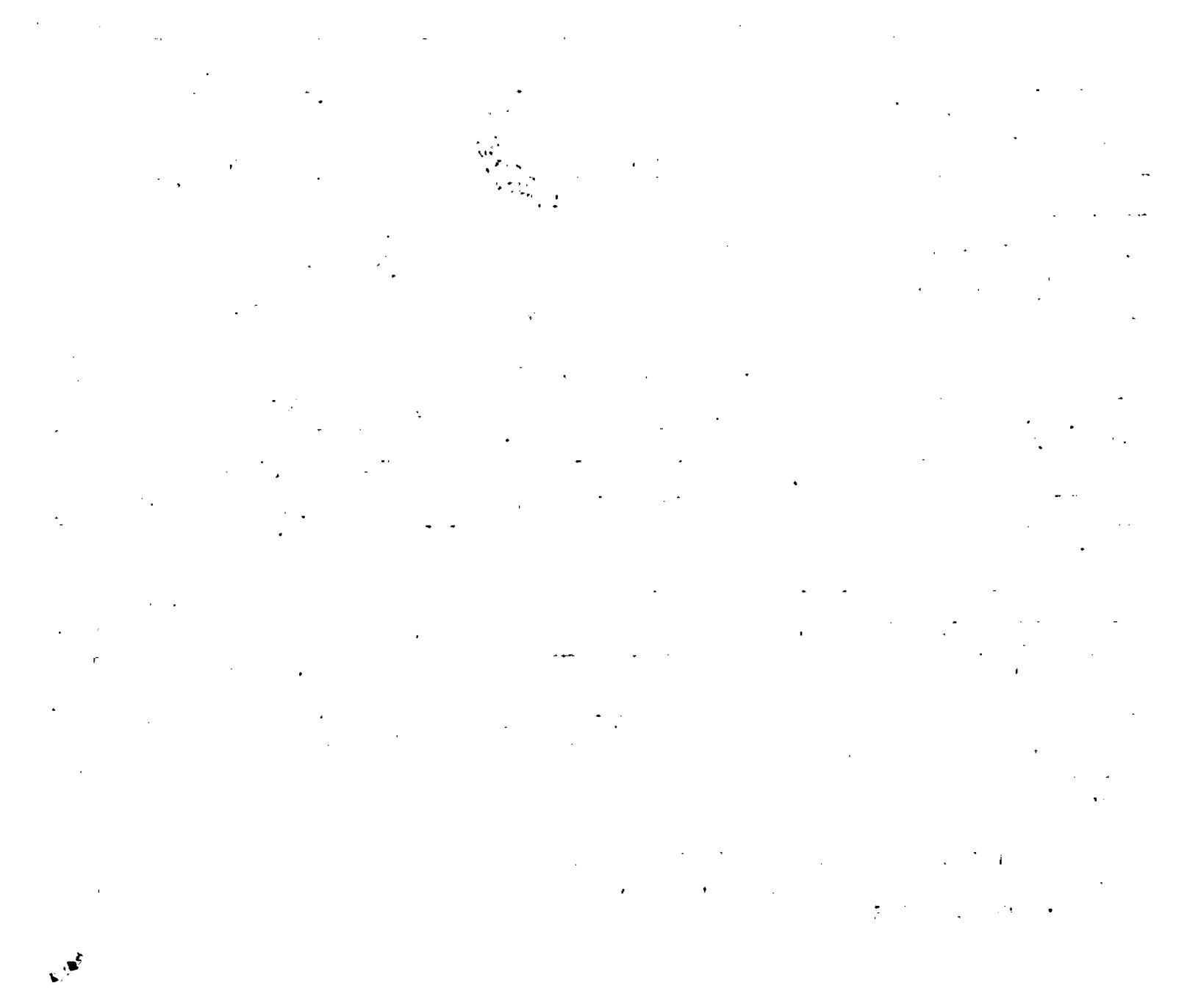
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

**SILVINA ELISABET BERALDI**

EPE DE DIVISION MOVIMIENTO DE PERSONAL

CICLO BASICO COMUN  
 UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.



**Original Blanco: Caja de Seguros S.A.** Duplicado Rosa: **Empleador** Triplicado Amarillo: **Asegurado**  
 El original de la presente constancia deberá ser remitido por el empleador a la aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio, ello en los términos del Art. 8 de la Resolución 30729 de SSN. "Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios".  
 El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74**  
**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**



**Certificado N°** 909228

**Legajo N°** 70467

**Sucursal**

**Secc.** \_\_\_\_\_ **Ramo** \_\_\_\_\_

**Póliza N°** 5000 150 120 (según sus condiciones)

**Empleador**

CAC / UBA

**Calle** Calle CRAD. UNIU. / PAB 3 **Nº** 101 **Piso** PB **Dto.** 1428

**Localidad** CABA **Provincia** \_\_\_\_\_

**Vigencia Inicial de la póliza**

01 / 04 / 88

**Datos del Asegurado**

**Apellido** GAROLA **Nombre** STELLA MARI'S **Fecha de nac.** 96 / 05 / 53

**Tipo de Doc.** DNI  LC  LE  **Nº** 11013146419 **Expedido por**

**CUIL** 24-11013146419-1 **Estado Civil** \_\_\_\_\_ **Soltero**  **Casado**  **Divorciado**  **Viudo**

**Domicilio Particular:** Calle Av. DIRECTORIO **Nº** 105 **Piso** F **Dto.** C

**Localidad** CABA **Provincia** \_\_\_\_\_ **I.C.P.** 1424 **Cód. Área** \_\_\_\_\_ **Tel.** 4425 2277

**F. de ing. al empleo** **Dia** 01 **Mes** 04 **Año** 88 **Capital Asegurado** \_\_\_\_\_

**Beneficiarios**

<b>Apellido</b>	<b>Nombres</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Tipo y Nro. de Doc.</b>	<b>%</b>	<b>F. de Nac.</b>
<u>SORIA</u>	<u>HECTOR E.</u>	<u>ESPOSO</u>	<u>Av. DIRECTORIO 125</u>	<u>CI 1580118631</u>	<u>50%</u>	<u>96 / 05 / 49</u>
<u>SORIA</u>	<u>ENGENIOL L.</u>	<u>Hijo</u>	<u>Av. DIRECTORIO 125</u>	<u>DNI 130464182</u>	<u>50%</u>	<u>20 / 10 / 88</u>

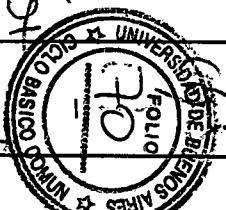
BSAS 06/11/04

**Lugar y Fecha**

PM 06/11/04

**Lugar y Fecha**

**Lugar y Fecha**



**Firma del Asegurado (o impresión digital)**

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

SILVINA ELISABET BERALDI

**Firma y Sello del Tomador (EFE DE DIVISION MOVIMIENTO DE PERSONAL)**

**Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.**

1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025  
2026  
2027  
2028  
2029  
2030  
2031  
2032  
2033  
2034  
2035  
2036  
2037  
2038  
2039  
2040  
2041  
2042  
2043  
2044  
2045  
2046  
2047  
2048  
2049  
2050  
2051  
2052  
2053  
2054  
2055  
2056  
2057  
2058  
2059  
2060  
2061  
2062  
2063  
2064  
2065  
2066  
2067  
2068  
2069  
2070  
2071  
2072  
2073  
2074  
2075  
2076  
2077  
2078  
2079  
2080  
2081  
2082  
2083  
2084  
2085  
2086  
2087  
2088  
2089  
2090  
2091  
2092  
2093  
2094  
2095  
2096  
2097  
2098  
2099  
20100

00200497



D

Hoja 1 de 1

Enero/06 a Diciembre/06



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social  
Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones Régimen Previsional Público (Régimen de Reparto)

GARCIA STELLA MARIS

CUIL/CIUT: 27-10137679-1

DIRECTORIO AV

00125 07 C

1424 CAPITAL FEDERAL

CAPITAL FEDERAL



27-10137679-1

## Informe Periódico de Aportes de Enero/06 A Diciembre/06

PERIODO	MOVIMIENTOS REGISTRADOS			TRABAJADOR EN RELACION DE DEPENDENCIA		TRABAJADOR AUTONOMO
	TIPO	FECHA	CUIT EMPLEADOR	REMUNERACION	APORTE	
01/06	101	15/02/06	30-54666656-1	1.370,43	4,84	
01/06	101	15/02/06	30-54666656-1		145,91	
02/06	101	13/03/06	30-54666656-1	1.370,43	150,75	
03/06	101	11/04/06	30-54666656-1	1.370,43	150,75	
04/06	101	11/05/06	30-54666656-1	1.522,70	167,50	
05/06	101	12/06/06	30-54666656-1	1.655,22	182,07	
06/06	101	11/07/06	30-54666656-1	2.785,83	306,44	
07/06	101	14/08/06	30-54666656-1	1.989,74	218,87	
08/06	101	11/09/06	30-54666656-1	2.189,82	240,88	
09/06	101	10/10/06	30-54666656-1	2.189,82	240,88	
10/06	101	10/11/06	30-54666656-1	2.189,82	240,88	
11/06	101	12/12/06	30-54666656-1	2.189,82	240,88	
12/06	101	12/01/07	30-54666656-1	3.826,89	420,96	

TIPO DE MOVIMIENTO : D.J. (0/1) : QUE EL EMPLEADOR PRESENTÓ LA DECLARACIÓN JURADA, PERO NO DEPOSITÓ LOS APORTES.

101 : QUE EL EMPLEADOR DEPOSITÓ LOS APORTES RETENIDOS.

106 : APORTE ADICIONAL 2% FONDO DOCENTE Y/O INVEST. CIENTIFICOS Y TEC.

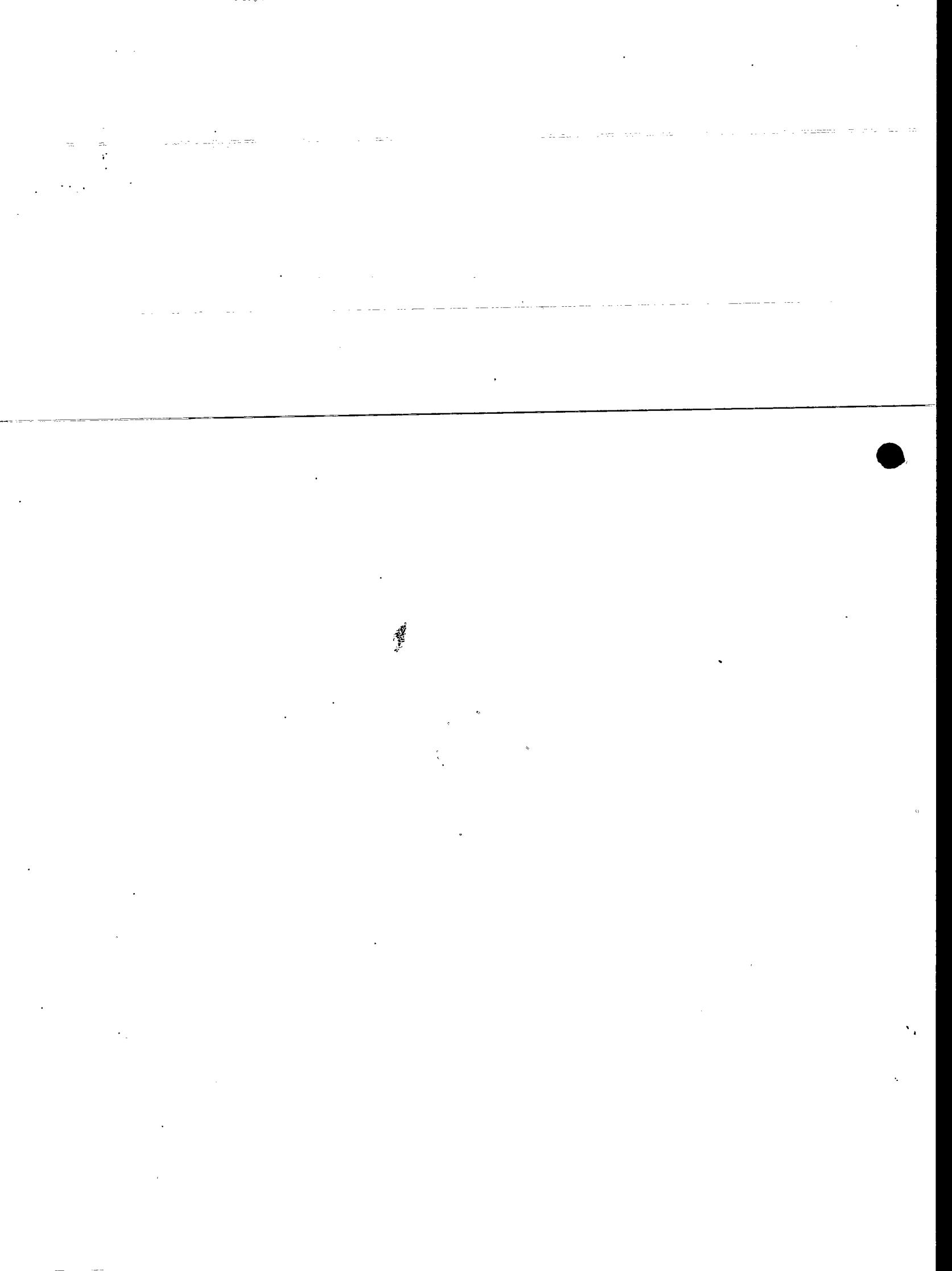
107 : APORTE DEL 11% SOBRE EL EXCEDENTE DEL TOPE MÁXIMO DE REMUNERACIÓN SEGÚN ART. 9 LEY 24.261.

111 : APORTE CORRESPONDIENTE A LA RECUPERACIÓN DE ALICUOTA POR EL ART. 2 DEL DECRETO NRO. 788/05.

A14 : QUE EL TRABAJADOR AUTÓNOMO PAGÓ SUS APORTES.

C25 : QUE EL TRABAJADOR AUTÓNOMO PAGÓ EL APORTE VOLUNTARIO. EL MISMO NO PODRÁ SER INFERIOR A PESOS TREINTA Y TRES (33).

010 : APORTE VOLUNTARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA TRABAJADORES DOMESTICOS.



Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003\*

Póliza N° 5000-0606000001 (según sus condiciones)

(t.o. 1977 y sus modificatorios)

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**SOLICITUD INDIVIDUAL**

Certificado N° N° 601430

Legajo N° 70767

Sucursal

Tomador	Domicilio	Vigencia Inicial de la póliza
CICLOP UNIVERSITARIA - CDC		/ /

Datos del Empleado

Nombre y Apellido STELLA GABÍS GARCÍA Fecha de nac. 26/10/51/53 Sexo F  M

Tipo de Doc. DNI  LC  LE  CUIL  N° 11001376179111 Nacionalidad Arg.  Ext.

Dirección AV. DIRECTORIO N° 125 Piso 7 Dto. C Est. Civil Solte.  Casado  Div.  Viu.

Loc. CAD Prov. C.P. 1424 Tel. 49252277 F. de ing. al empleo 1 188

Capital a Asegurar 100'000,00 Es zurdo? SI  NO

Beneficiarios

Nombre y Apellido	Parentesco	Tipo y Nro. de Doc.	% de Benef.	F. de nac.
HECTOR ERNESTO SORIA	Cony	LEI 1017615171710		27-05-49
		LLLLL		
		LLLLL		
		LLLLL		

BS-AS 06-09-11

Lugar y Fecha

Firma del Asegurable / Asegurado

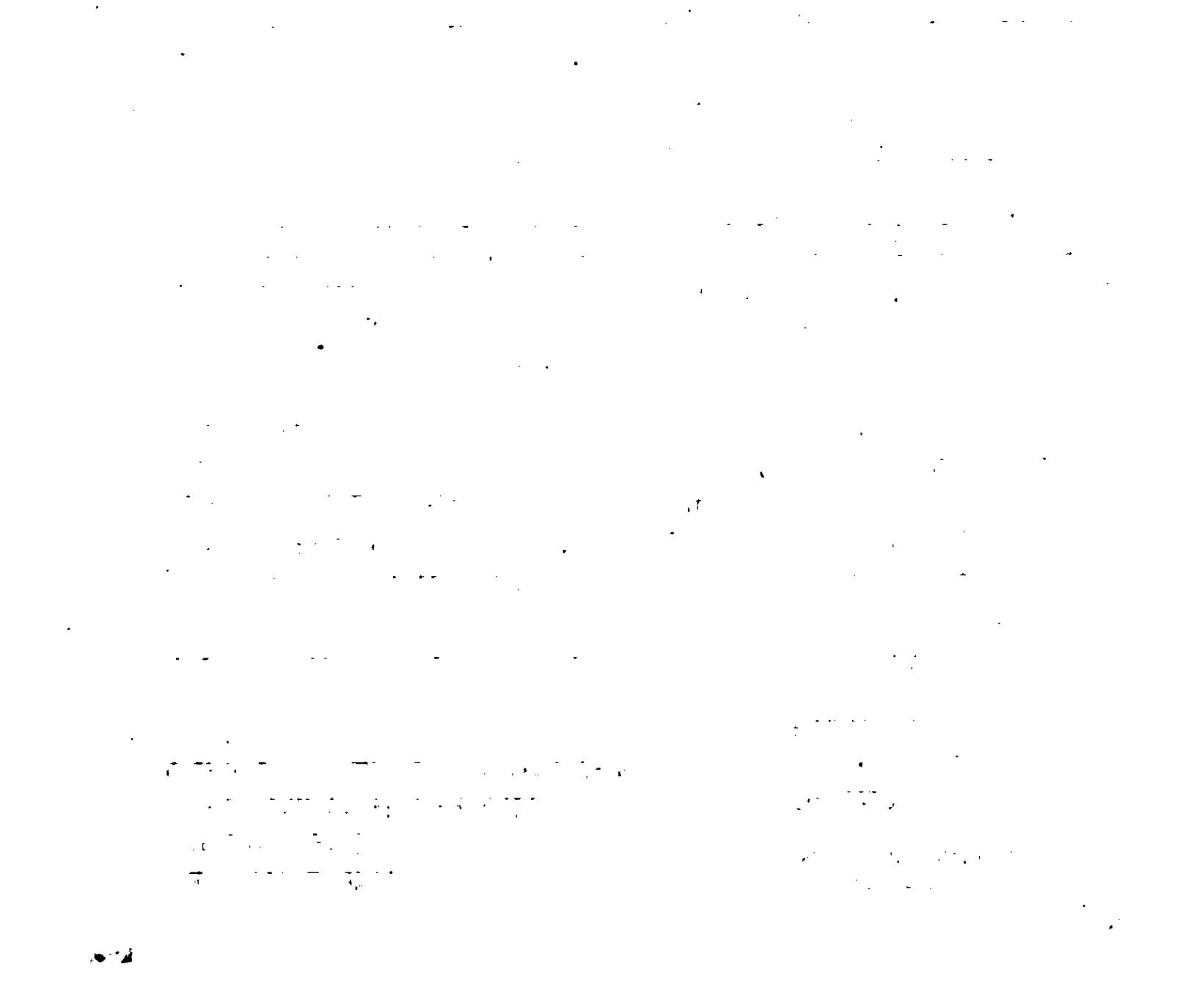
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

BS As, octubre

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Tomador





**Solicito actualizar mis datos**

**Solicito capital adicional**

**Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003\***

**Póliza N°** ~~1000-000000000000~~ **(según sus condiciones)**

\* (Ley 1977 y sus modificatorios)

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**SOLICITUD INDIVIDUAL**

**Certificado N°** Nº 601430

**Legajo N°** 70767

**Sucursal**

<b>Tomador</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Vigencia Inicial de la póliza</b>
<u>Tomador</u>	<u>Domicilio</u>	<u>/ /</u>

**Datos del Empleado**

**Nombre y Apellido** Socorro María García **Fecha de nac.** 20/10/1952 **Sexo** F  M

**Tipo de Doc. DNI**  LC  LE  CUIL  N° 4411234567890 **Nacionalidad** Arg.  Ext.

**Dirección** Av. 9 de Julio 125 **Piso** 7 **Dto.** 1 **Est. Civil** Solt.  Casado  Div.  Viu.

**Loc.** CABA **Prov.** C.P. 1000 **Tel.** 11 43222222 **F. de ing. al empleo** 1/1985

**Capital a Asegurar** 50000 **¿Es zurdo?** SI  NO

**Beneficiarios**

<b>Nombre y Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Tipo y Nro. de Doc.</b>	<b>% de Benef.</b>	<b>F. de nac.</b>
<u>Maria Rodriguez</u>	<u>Cony</u>	<u>LC 4411234567890</u>	<u>100%</u>	<u>20/05/1969</u>
		<u>LC 4411234567890</u>	<u>100%</u>	
		<u>LC 4411234567890</u>	<u>100%</u>	
		<u>LC 4411234567890</u>	<u>100%</u>	

**Lugar y Fecha** Buenos Aires 26-09-11

JLB

+2

**Firma del Asegurable / Asegurado**

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

**Lugar y Fecha**

**Firma y Sello del Tomador**

1

**Original Blanco: Caja de Seguros S.A.**  
**Duplicado Rosa: Empleador Triplicado Amarillo: Asegurado**  
 El original de la presente constancia deberá ser remitido por el empleador a la aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio, ello en los términos del Artº 8 de la Resolución 30729 de SSN. "Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios".  
 El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74**  
**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**



Legaio N° 70 767 | Certificado

Nº 1539940

Empleador

Ciudad universitaria - CBC

Calle VIA MONTE | N° 444 | Piso  | Dto.  | CP

Localidad CABA | Provincia

**Datos del Asegurado**

Apellido GARCIA | Nombre STELLA MARIS | Fecha de nac. 26/05/53

Tipo de Doc. DNI  LC  LE  N° 1101137629 | Expedido por

CUIL L-L-L-L-L-L-L-L-L-L | Estado Civil Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Domicilio Particular: Calle Avenida DIRECTORIO | N° 125 | Piso 7 | Dto. C

Localidad CABA | Provincia  | C.P. 1424 | Cód. Área  | Tel. 49252277

F. de ing. al empleo | Dia  | Mes  | Año 88 | Capital Asegurado UNICORNE

**Beneficiarios**

Apellido	Nombres	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nro. de Doc.	%	F. de Nac.
<u>SORIA</u>	<u>HECTOR ENRIQUE CONS</u>	<u>Cony</u>	<u>Av. 10176577701</u>	<u>Av. 10176577701</u>	<u>12/05/49</u>	<u>12/05/49</u>

B.S.A.S. 06-09-11

Lugar y Fecha

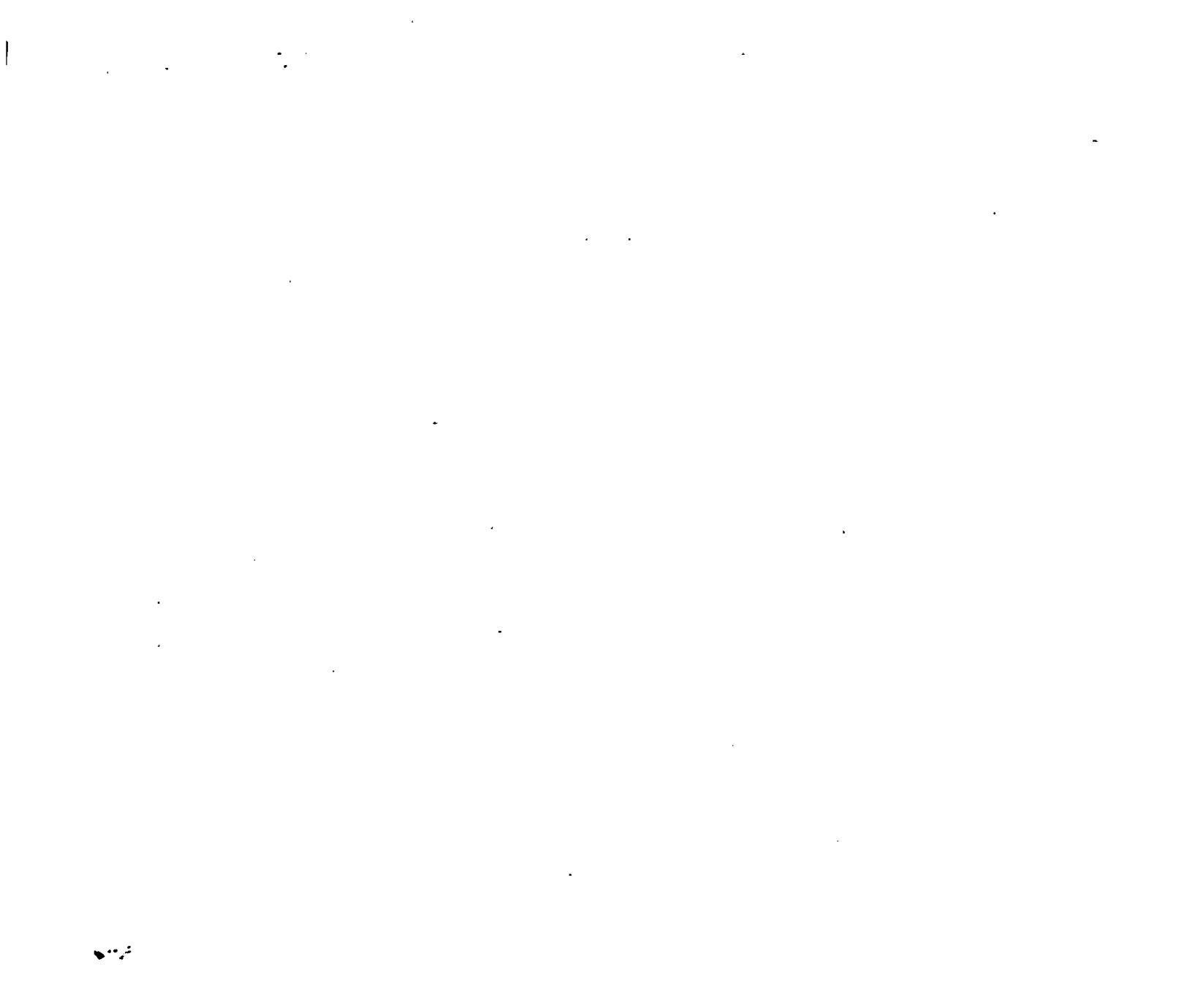
Bs As, oct/11

Lugar y Fecha

**Firma del Asegurado (o impresión digital)**  
 Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

Firma y Sello del Tomador





**Asegurado** Triplicado Amarillo  
**Empleador** Triplicado Rosa:  
**Duplicado S.A.** Duplicado Rosa: Caja de Seguros S.A. Duplicado Rosa: Caja de Seguros S.A.  
 El original de la presente constancia deberá ser remitido por el empleador a la aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio, ello en los términos del Art 8 de la Resolución 30729 de SSN. "Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad".

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74**  
**FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**



Legajo N°

70767

Certificado

Nº 1539940

**Empleador**

Calle	Nº	Piso	Dto.	CP
-------	----	------	------	----

Localidad	Provincia
-----------	-----------

**Datos del Asegurado**

Apellido	Nombre	Fecha de nac.
----------	--------	---------------

Tipo de Doc.	DNI <input checked="" type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> N° 10137639	Expedido por
--------------	---	--------------

CUIL	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input checked="" type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
------	--------------	----------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------

Domicilio Particular:	Calle	Nº 125	Piso 7	Dto. C
-----------------------	-------	--------	--------	--------

Localidad	Provincia	C.P.	Cód. Área	Tel.
-----------	-----------	------	-----------	------

F. de ing. al empleo	Día	Mes	Año	Capital Asegurado
----------------------	-----	-----	-----	-------------------

**Beneficiarios**

Apellido	Nombres	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nro. de Doc.	%	F. de Nac.
RODRIGA	ESTEBAN FERNANDO RODRIGA			DNI 07657770		27/05/49
				LC		
				LL		
				LL		
				LL		
				LL		
				LL		
				LL		

B3 AG	06-09-11
-------	----------

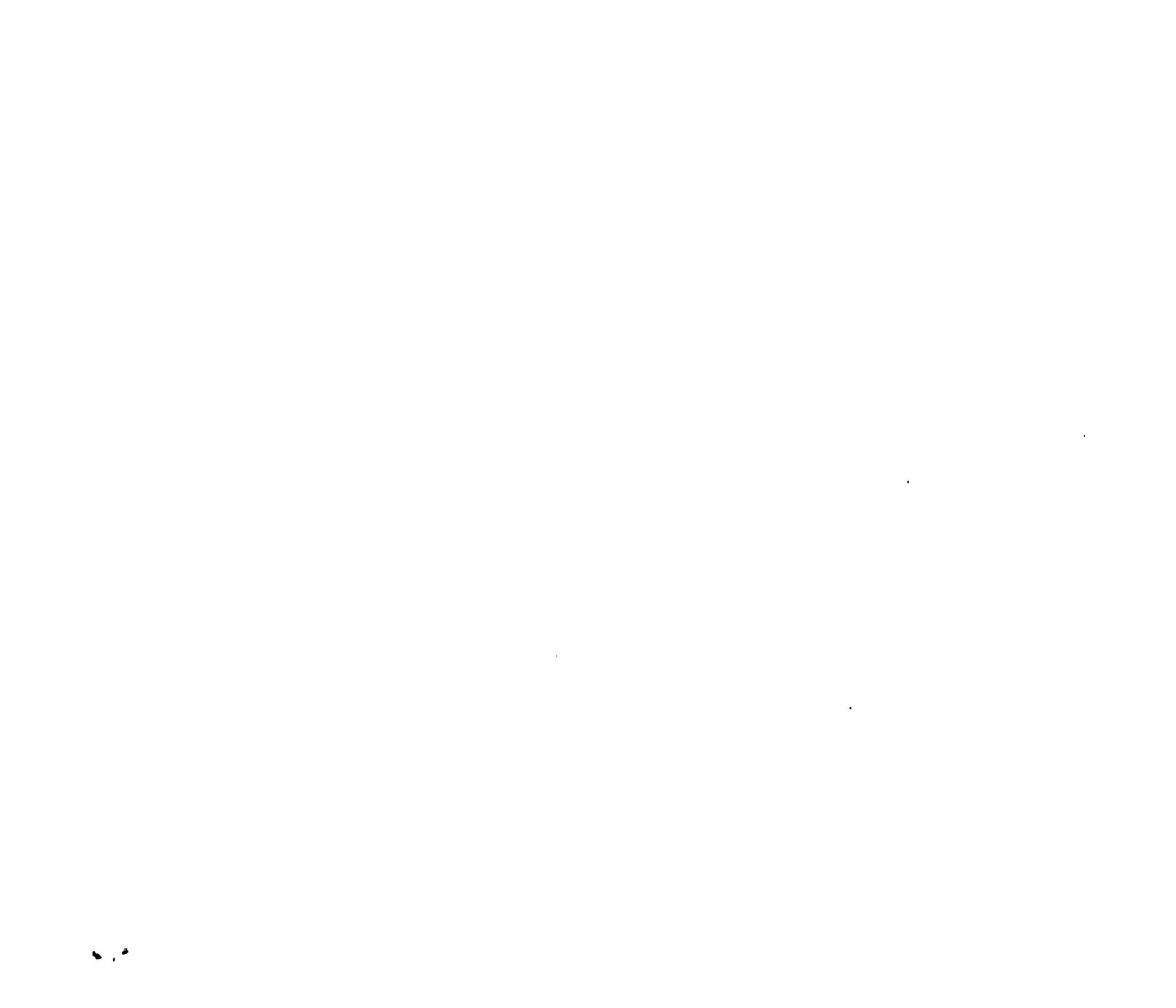
Lugar y Fecha

Firma del Asegurado (o impresión digital)

Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

Lugar y Fecha
---------------

Firma y Sello del Tomador



REPÚBLICA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad

Por cuanto la Arquitecta Stella Maris García, egresada de esta Universidad, natural de la Ciudad de Buenos Aires, ha terminado el 17 de marzo de 2003 los estudios correspondientes a la carrera de Especialización en Lógica y Técnica de la Forma.

Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad le expedimos el presente título de Especialista en Lógica y Técnica de la Forma.

Buenos Aires, 20 de mayo de 2004

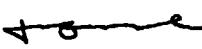


BERNARDO DUOVNE  
DECANO  
FADU - UBA



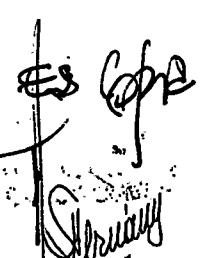
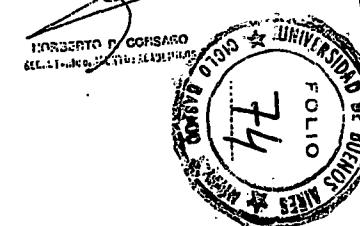
GUILLERMO AIM ETCHEVERRY  
RECTOR

FIRMA DEL INTERESADO



JORGE A. IRIBARNE

REGISTRADA EN EL LIBRO GENERAL DE GRADOS N° 197 FOLIO 14 Y CON N° 6520



ROBERTO DI CONSOLI  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS

20/05/2004 \* UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE ARQUITECTURA, DISEÑO Y URBANISMO  
FOLIO 74

CONEXU 081/12  
R.M. 0636/11  
SIVONAT No



Mac. de Identidad 10.127.673

Evaluación final aprobada con promedio 9.41.

MICISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA  
DIRECCION NACIONAL DE GESTION UNIVERSITARIA

CERTIFICO QUE LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN GUARDAN  
SIMILITUD CON LAS QUE OBRIAN EN NUESTRO REGISTRO.  
BUENOS AIRES, 30 JUN 2004

JUAN CARLOS COSENTINO  
COORDINADOR AREA DE CONTROL ADMINISTRATIVO  
DE TITULOS, CERTIFICACIONES Y EXAMENES  
DIRECCION NACIONAL DE GESTION UNIVERSITARIA









## **INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE VIDA**

**LEY N° 13.003**

BASICO

ADICIONAL

**DEL SUELDO ANUAL COMPLEMENTARIO SE LE HAN DESCUENTADO LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES AL 5%**

I FV N° 19 299

BASICO

#### -ADICIONAL-

**SE DESCONTARON LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO**

**RENUNCIA A CONTINUAR ASEGURADO:** (Decreto Reglamentario N° 4578/71 Art 50)

**POR NOTA DE FECHA** \_\_\_\_\_ **PRESENTADA POR EL INTERESADO EN ESTA REPARTICION MANIFIESTA SU DESEO DE NO CONTINUAR**  
**INCORPORADO AL SEGURO**

**ART. 50 DTO. 4578/71: "EL PERSONAL QUEDEJE DE PERTENECER A LA ADMINISTRACION POR JUBILACION - RETIRO, O CUALQUIER OTRO MOTIVO) CONTINUARA INCORPORADO AL SEGURO, SALVO MANIFESTACION EN CONTRARIO POR ESCRITO.**

**ESPACIO RESERVADO PARA EFECTUAR LAS ACLARACIONES QUE SE ESTIMEN NECESARIAS CON RELACION A LOS CUADRO 1 2 3 4 Y 5**

**RO 7** APELLIDO Y NOMBRE/S DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO \_\_\_\_\_  
**BADURINA María Rosa**

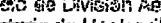
**BADURINA, Maria Rosa**

**RADURINA Maria Rosa**

**TIPO Y N° DE DOCUMENTO:** D.N.I. Nº 11.361.157

Bs. As., 1 SEP 1974

**LUGAR Y FECHA**

  
MARIA ROSA RADURINA  
Jefe de División Asistencia Social  
FIRMA DEL EMPLEADO/PORTO AUTORIZADO

CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE FUE PUESTA ANTE MI Y CORRESPONDE A:  
**MARIA ROSA BADURINA**

QUIEN ACREDITA SU IDENTIDAD CON: D.N.I. N° 11.361.153

**EXBREDIDA BOB:**

LUGAR MÉTODO

(1) INDICAR INSTITUCIÓN Y MONTO O PORCENTAJE MENSUAL

(2) SE DEJA CONSTANCIA QU EL RUBRO "IMPUESTO A LAS GANANCIAS" DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR CUANDO EL CESE DE ACTIVIDADES FUERE DISTINTO AL

ANSES

PS.6.2

## CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS Y REMUNERACIONES

Nº de C.U.I.L.

27-10137679-1

Razón Social: UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - Ciclo Básico Común-

Domicilio: Ramos Mejía 841 3º Piso - Dirección de Liquidaciones - C.A.B.A.

Nº de C.U.I.T.: 30-54666656-1

Cód. Postal: 1405

Nº Inscripción: 7000

Actividad de la firma: Educación

Teléfono: 5285-4272

Fuente documental de lo que certifica Legajos y Fichas

Apellido y Nombre/s completo/s del afiliado GARCIA, Stella Maris

Fecha de nacimiento 26/05/1953

Afiliado Nº 10.137.679

D.N.I. Nº 10.137.679

C.I. Nº

Expedida por:

Policia Federal

## SERVICIOS PRESTADOS

## CARÁCTER DE LOS SERVICIOS (1)

## DESDE HASTA TIEMPO

D M A D M A A M D

Docentes.-

01 04 88 31 03 01 13 00 00

01 04 02 30 09 17 15 05 29

(1) Indicar: Comunes, privilegiados, insalubres, docentes y docentes al frente de grado.

Total Nominal 28 05 29

(2) Detallar al dorso las interrupciones

(2) Total Interrupciones

Extinción del contrato de trabajo o relación de empleado público

SI: \_\_\_\_\_

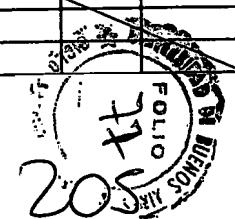
Fecha: \_\_\_\_\_

NO: x

AÑO	OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
			Meses	Días	Horas
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.				
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
Total					

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

AÑO	OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
			Meses	Días	Horas
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.				
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
Total					



*Stelle M. García*  
5/10/17

AÑO	OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
			Meses	Días	Horas
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.				
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
Total	0.00	0.00			0

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

**DOMICILIO DE RADICACION DE LA FUENTE DOCUMENTAL:** Ciudad Universitaria Pabellón III  
P.B (Nuñez).

**OBSERVACIONES:** "Organismo incluido en los alcances del Decreto 896/2001".

**OBSERVACIONES:** Organismo incluido en los diez años de certificación.  
Los años certificados al dorso son con aportes no consignándose los mismos por no ser los últimos diez.  
Ley 22.976.

**FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO**

**Apellido y Nombres del Empleador o Autorizado** **BADURINA. María Rosa**

**Tipo y número de Documento:** D.N.I N°: 11.361.157

**Firma del Empleador o Autorizado**

do Bellodona  
--- MARIA ROSA BADEURIN

Lugar y Fecha: 11 SEPT 2017 Coordinador de Mantenimiento y Administración

**CERTIFICACION DE FIRMA**

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y responde a

**BADURINA, Maria Rosa**

**quien acredita su identidad con:**

**expedida por:**

AÑO	OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
			Meses	Días	Horas
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.				
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
Total	0,00	0,00		0	

## **DETALLE DE AUSENCIAS Y LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO**

Tiempo Total

Nº de CUIL  
Apellido y Nombre

**IMPORTANTE:** La certificación de la identidad y documento del Empleador o persona autorizada deberá realizarla autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial



## INFORMACION SOBRE SEGURO DE VIDA

LEY N° 13.003

BASICO \_\_\_\_\_ ADICIONAL \_\_\_\_\_

DEL SUELDO ANUAL COMPLEMENTARIO SE LE HAN DESCONTADO LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO \_\_\_\_\_

LEY N° 19.299

BASICO \_\_\_\_\_ ADICIONAL \_\_\_\_\_

SE DESCONTARON LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO \_\_\_\_\_

RENUNCIA A CONTINUAR ASEGUROADO: (Decreto Reglamentario N° 4578/71 - Art.50)

POR NOTA DE FECHA \_\_\_\_\_ PRESENTADA POR EL INTERESADO EN ESTA REPARTICION MANIFIESTA SU DESEO DE NO CONTINUAR INCORPORADO AL SEGURO.

ART. 50 DTO. 4578/71: "EL PERSONAL QUEDEJE DE PERTENEZER A LA ADMINISTRACION POR JUBILACION - RETIRO, O CUALQUIER OTRO MOTIVO) CONTINUARA INCORPORADO AL SEGURO, SALVO MANIFESTACION EN CONTRARIO POR ESCRITO

ESPAZO RESERVADO PARA EFECTUAR LAS ACLARACIONES QUE SE ESTIMEN NECESARIAS CON RELACION A LOS CUADRO 1,2,3,4 Y 5.

CUADRO 5

CUADRO 6

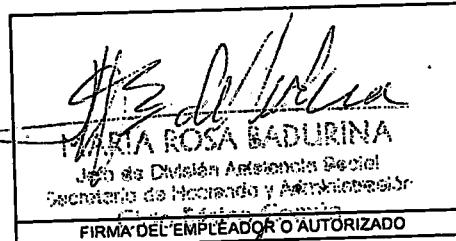
CUADRO 7

APPELLIDO Y NOMBRE/S DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO  
BADURINA, Maria Rosa

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: D.N.I. N° 11.361.157

Bs. As., 11 SEP 2017

LUGAR Y FECHA



### CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

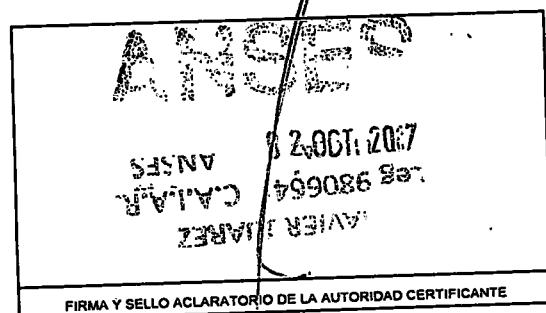
CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE FUE PUESTA ANTE MI Y CORRESPONDE A:  
**BADURINA, Maria Rosa**

QUIEN ACREDITA SU IDENTIDAD CON: D.N.I. N° 11.361.157

EXPEDIDA POR: \_\_\_\_\_

Bs. As.,

LUGAR Y FECHA



(1) INDICAR INSTITUCION Y MONTO O PORCENTAJE MENSUAL

(2) SE DEJA CONSTANCIA QU EL RUBRO "IMPUESTO A LAS GANANCIAS" DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR CUANDO EL CESE DE ACTIVIDADES FUERE DISTINTO AL

31 DE DICIEMBRE, CONSIGNANDOSE LAS REMUNERACIONES DEL ULTIMO MES EN QUE HUBIERE PRESTADO SERVICIOS.

IMPORTANTE: LA CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR O PERSONA AUTORIZADA DEBERA REALIZARLA AUTORIDAD BANCARIA, PREVISIONAL, JUDICIAL O NOTARIAL.



**UBA | CBC**  
Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común



**OPCIÓN LEY 26.508 -Res (CS) N° 2067/2011**

<b>DEPENDENCIA:</b> <b>Ciclo Básico Común</b>	
APELLIDO Y NOMBRE. GARCIA, Stella Maris	LEGAJO N° 70.767
DNI/CUIL: 10.137.679	27-10137679-1
FECHA DE NACIMIENTO: 26/05/1953	
<b>DOMICILIO ACTUALIZADO:</b> <b>Avenida Directorio 125 7º C - CABA</b>	
<b>CARGO Y FECHA DE DESIGNACIÓN Y FINALIZACIÓN DEL MISMO:</b>	
Adjunto/Parcial	Res. C.S. 3168/2011      14/09/2011 al 14/9/2018
<b>FECHA DE CONCURSO Y DE INSCRIPCION AL MISMO:</b>	
Expte creado CUDAP 0023298/17	Sin Inscripción

Se deja constancia que los datos consignados en el presente formulario fueron verificados y son correctos

Se adjunta copia fiel de los actos resolutivos correspondientes y del Documento de Identidad.

Autoridad Certificante.....

Cargo:

Dra. María Paula BERTINO  
Subsecretaria de Coord. Académica  
Ciclo Básico Común  
Universidad de Buenos Aires

Por la presente ejerzo la opción de continuar en el cargo prevista por el Art 1º apartado 2º de la Ley 26508, de acuerdo a lo normado por la Res (CS) N° 2067/2011; por el término de mi designación en el cargo de docente regular o hasta los 70 años de edad, lo que suceda primero, a cuya finalización seré dado de baja.

Docente:.....

Firma

Aclaración: STELLA MARIS GARCIA  
Fecha: 2/10/18.



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

APPELLIDO: GARCIA

NOMBRE(S): STELLA MARIS

NÚMERO DE DOCUMENTO: 10.137.679

NACIONALIDAD: ARGENTINA

FECHA DE EXPEDICIÓN: 02 MAR 2011

FECHA DE VENCIMIENTO: 02 MAR 2026

SEXO: F

FIRMA DEL CERTIFICADO

NO VALIDO PARA VOTAR



IDARG10137679<2<<<<<<<<<<  
5305261F2603025ARG<<<<<<<<<  
GARCIA<<STELLA<MARIS<<<<<<



DOMICILIO: AV. DIRECTORIO 125 7 C.- CABALLITO  
CIUDAD DE BUENOS AIRES - CIUDAD DE BUENOS  
AIRES

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 26 MAY 1953

- CIUDAD DE BUENOS AIRES

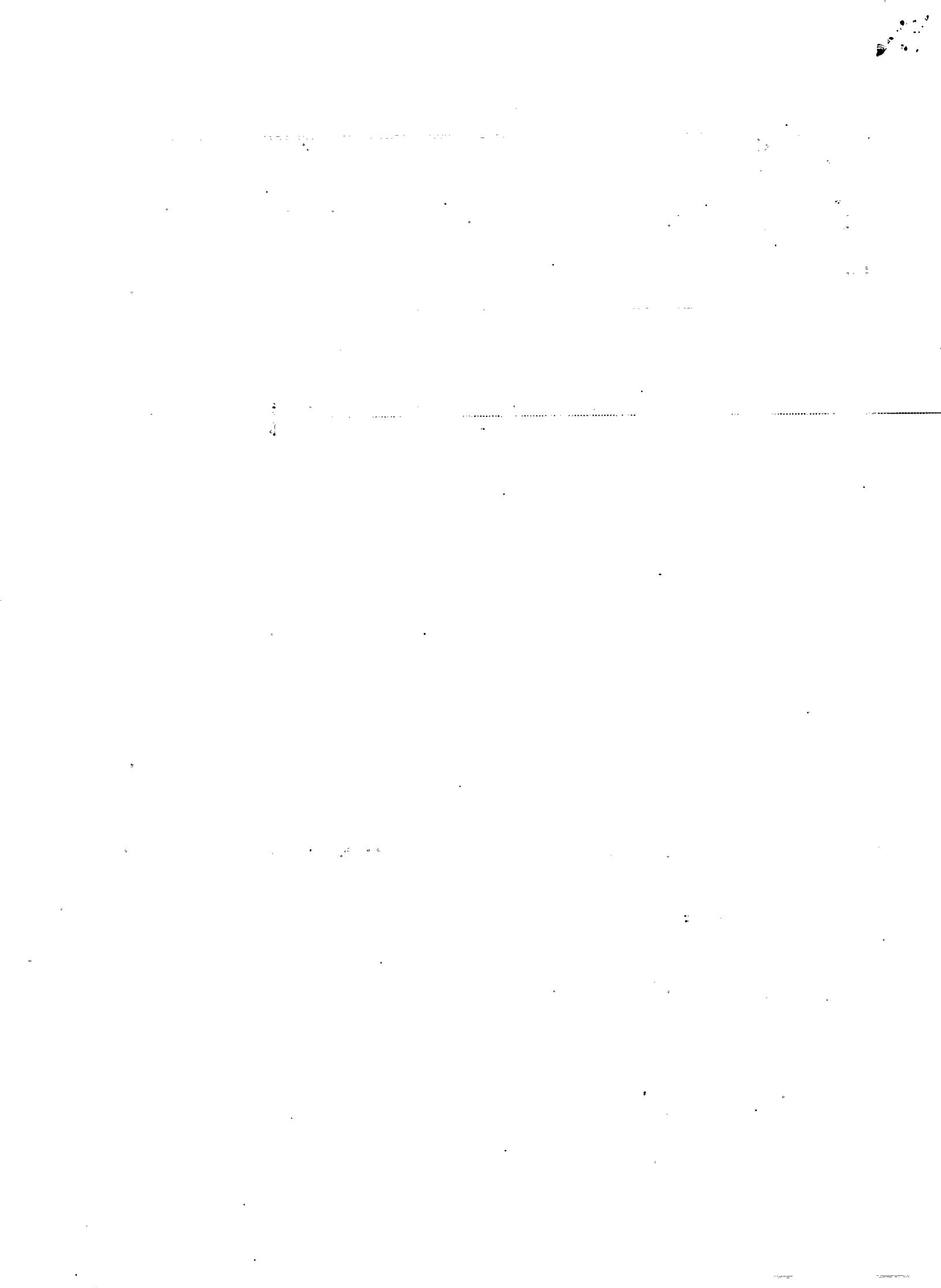


Nº DE TRAMITE: OF. IDENT.  
00040719076 7000

Cr. A. Florencio Randazzo  
Ministro del Interior  
Documento con firma digital Certificado emitido por ANSES

DIGITO PULGAR







Universidad de Buenos Aires

EXP-UBA: 2.078.453/2009

Buenos Aires, 14 SEP 2011

VISTO las presentes actuaciones elevadas por el Ciclo Básico Común relativas al concurso para proveer DOS (2) cargos de profesor regular adjunto, con dedicación parcial, en el área Dibujo, y

CONSIDERANDO

Que por Resolución (CS) N° 5966/05 se aprobó el llamado a concurso para proveer dicho cargo.

Que el jurado integrado por los profesores Javier Fernando GARCIA CANO, Roberto BONIFACIO y César Augusto PEREYRA, de acuerdo con el orden de méritos obrante a fojas 2286, propone en 1er. término a Gustavo Sergio BARBOSA RIBEIRO y en 2da. término a Stella Maris GARCIA.

Que el Director del Ciclo Básico Común mediante Resolución N° 186 dictada el 2 de marzo de 2009 aprueba el dictamen del jurado y propone la designación de Gustavo Sergio BARBOSA RIBEIRO y Stella Maris GARCIA.

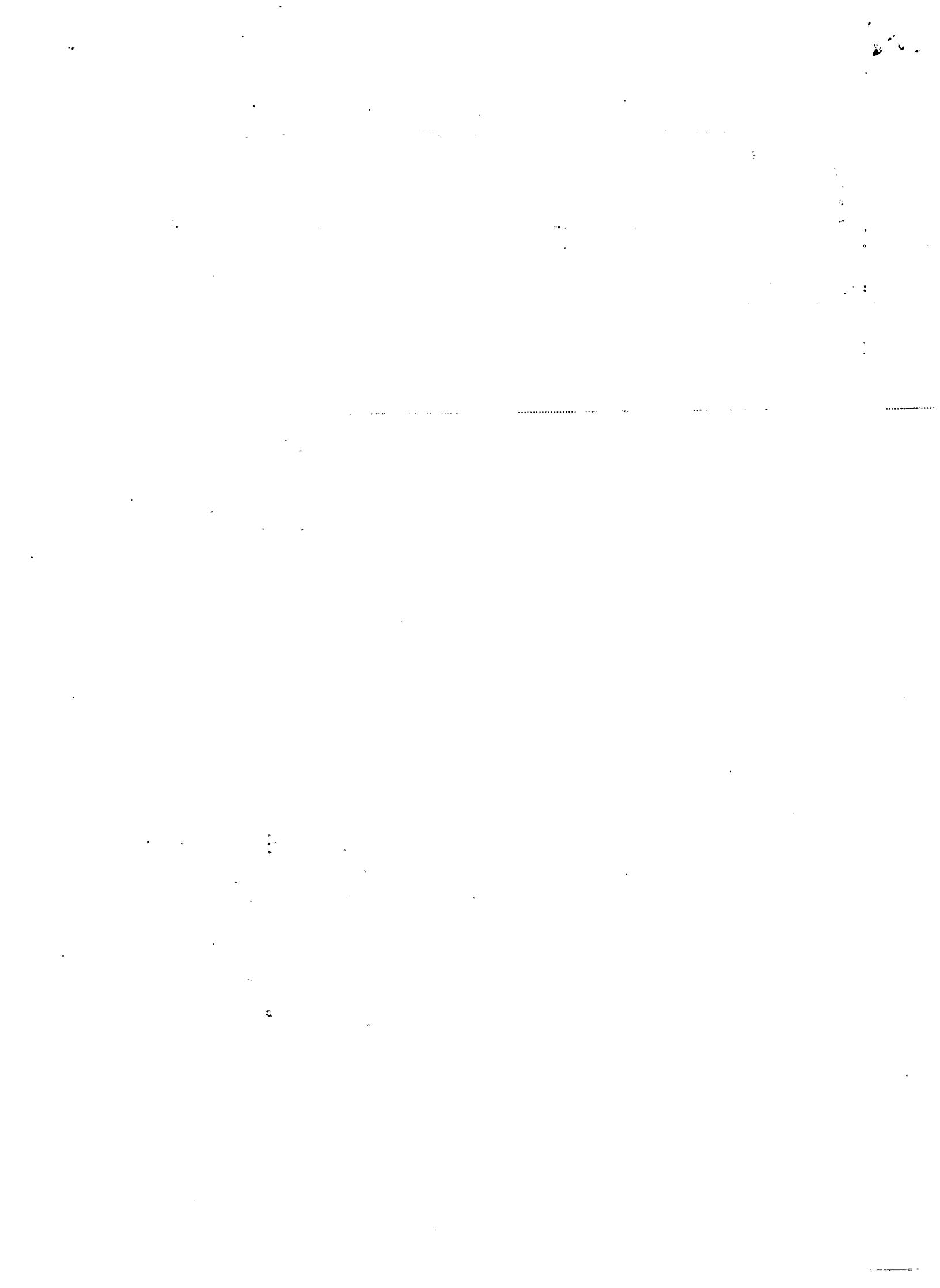
Lo dispuesto por los artículos 37, 38, 44 y 98 inciso I) del Estatuto Universitario y del Reglamento de Concursos de profesores regulares (t.o. Resolución -CS- N° 1670/10).

Lo informado por el Departamento de Administración de Gastos en Personal a fojas 2307.

Lo aconsejado por la Comisión de Concursos.

CARLOS ESTEBAN MAS VELEZ  
SECRETARIO GENERAL

ES CO. IA





Universidad de Buenos Aires

EXP-UBA: 2.078.453/2009

Por ello, y en uso de sus atribuciones

EL CONSEJO SUPERIOR DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Designar al arquitecto Gustavo Sergio BARBOSA RIBEIRO (DNI 11.018.968 – clase 1954) profesor regular adjunto, con dedicación parcial, en el área Dibujo, del Ciclo Básico Común.

ARTICULO 2º.- Designar a la arquitecta Stella Marris GARCIA (DNI 10.137.679 – clase 1953) profesora regular adjunta, con dedicación parcial, en el área Dibujo, del Ciclo Básico Común.

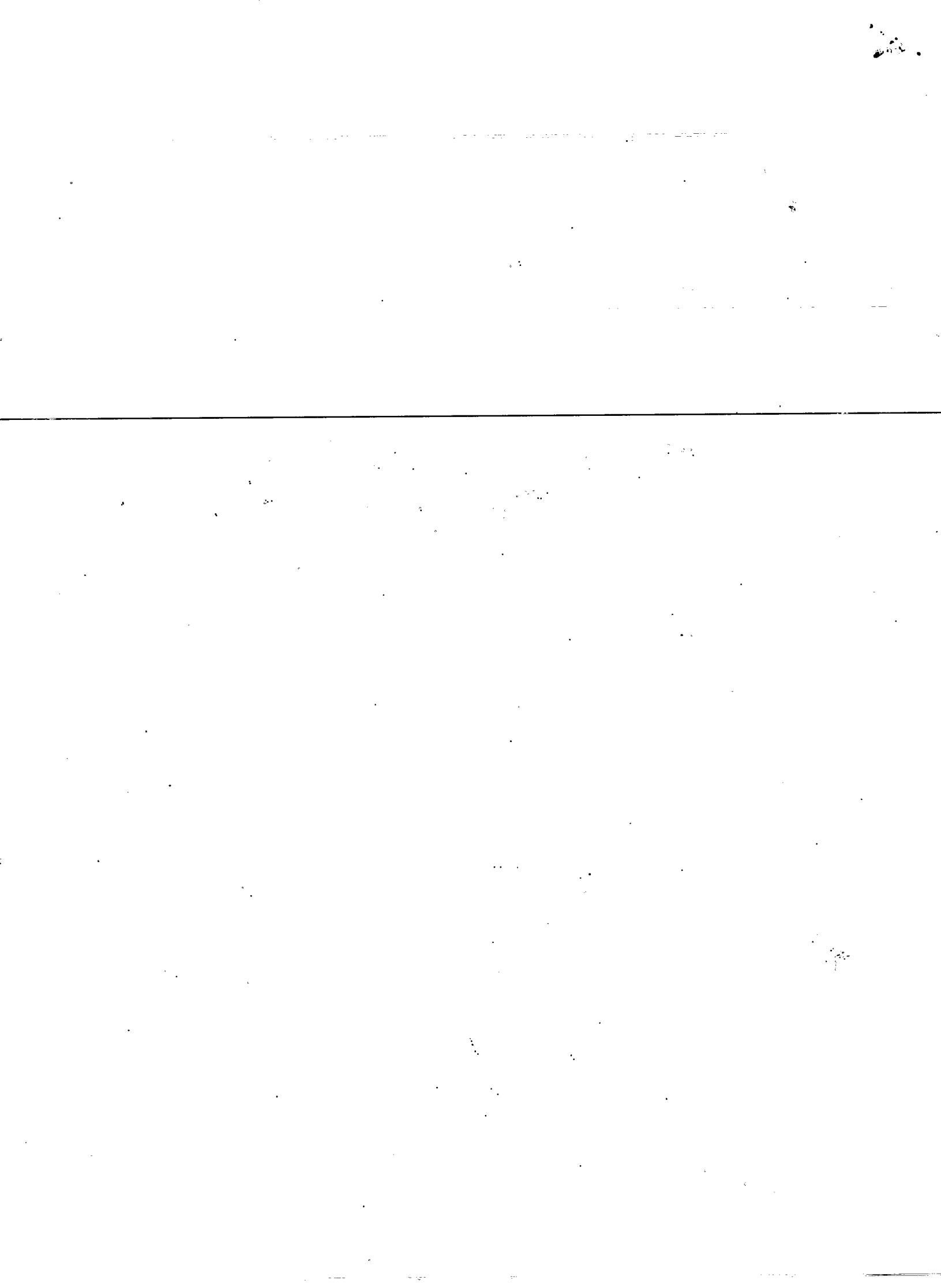
ARTICULO 3º.- Regístrese, comuníquese, notifíquese a las Direcciones Generales de Recursos Humanos y de Títulos y Planes y a la Coordinación General de Concursos. Cumplido, siga al Ciclo Básico Común para que tome conocimiento de lo informado por el Departamento de Administración de Gastos en Personal a fojas 2307 y vuelva para su archivo.

RESOLUCION N° 3168  
AZ

*resuelto*  
RUBEN EDUARDO HALLU  
RECTOR

CARLOS ESTEBAN MAS VELEZ  
SECRETARIO GENERAL

ES COPIA



**REPÚBLICA ARGENTINA**

*Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo*

*El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad*

*Por cuanto,*

*la Arquitecta Stella Maris García*

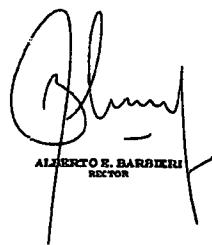
*natural de la Ciudad de Buenos Aires, ha finalizado el 17 de septiembre de 2015 los estudios correspondientes a la Maestría en Lógica y Técnica de la Forma.*

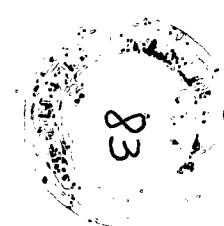
*Por lo tanto, de acuerdo con las normas vigentes en esta Universidad, le confieren el presente diploma de Magíster de la Universidad de Buenos Aires en Lógica y Técnica de la Forma.*

*Buenos Aires, 3 de diciembre de 2018*

  
HOMERO PELLICER  
SECRETARIO DE POSGRADO

  
GUILLERMO CABRERA  
DECANO

  
ALBERTO E. BARBIERI  
RECTOR

  
*Certificado*  
MARÍA CARMELINA OSIGLIA  
SECRETARIA DE ASUNTOS ACADÉMICOS

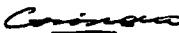


Documento Nacional de Identidad 10137679

Título de la tesis: "Pares Morfológicos con Atributos Opuestos."

Calificación Sobresaliente aprobada el  
17/09/2015

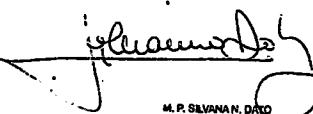
  
LEONARDO FEDERICO GOTTFREDI  
DIRECTOR GENERAL DE TÍTULOS Y PLANES

  
MARÍA CATALINA NOSIGLIA  
SECRETARIA DE ASUNTOS ACADÉMICOS

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA, CIENCIA Y TECNOLOGÍA  
DIRECCIÓN NACIONAL DE GESTIÓN Y FISCALIZACIÓN UNIVERSITARIA

Certifico que las firmas del Rector, Dr. Alberto Edgardo BARBIERI, Secretaria de Asuntos Académicos, Lic. María Catalina NOSIGLIA y el Director General de Títulos y Planes, S. Leonardo Federico GOTTFREDI que anteceden, guardan similitud con las que cobran en nuestros registros.

Buenos Aires, 06 JUN 2019

  
M. P. SILVANA N. DATO  
Directora Nacional de Gestión y Fiscalización Universitaria



Fecha: 06/06/2019  
Número: 10137679  
Código: Documento digitalizado



Documento firmado digitalmente



Firma del interesado

REPÚBLICA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo

El Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad  
Por quanto la Arquitecta Stella Maris García, egresada de esta Universidad,  
natural de la Ciudad de Buenos Aires, ha terminado el 17 de marzo de 2003 los estudios  
correspondientes a la carrera de Especialización en Lógica y Técnica de la Forma.

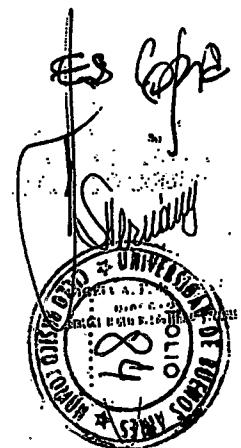
Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad le expedimos  
el presente título de Especialista en Lógica y Técnica de la Forma.

Buenos Aires, 20 de mayo de 2004

Hernando Dujoyne  
DECANO FADEU - UBA

  
GUILLERMO URIBARRI  
RECTOR

MIGUEL D'ORSARIO  
EL LIBRERO DE LOS LIBROS

  
Jorge A. Irarrazabal

FIRMA DEL INTERESADO

REGISTRADA EN EL LIBRO GENERAL DE ACTAS N° 197 FOLIO 17 TOMO 01 N° 6520

CONEAU 001/12  
R.M. 0636/11  
SiUona No



Placa de Identidad N° 10.127.673

Evaluación final aprobada con promedio 9.41.

MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA  
DIRECCION NACIONAL DE GESTION UNIVERSITARIA  
CERTIFICO QUE LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN GUARDAN  
SIMILITUD CON LAS QUE UBRAIN EN NUESTRO REGISTRO.  
BUENOS AIRES, 30 JUN 2004

JUAN CARLOS COBENTINO  
COORDINADOR AREA DE CURRICULOS, ADJUDICACIONES  
DE TITULOS, ESTADIFICACION Y EXAMENES  
DIRECCION NACIONAL DE GESTION UNIVERSITARIA

