

DATOS PERSONALES



Apellido paterno... GARCIA .....  
 Apellido materno... GOMEZ .....  
 Nombres... ANDRÉS .....  
 Fecha de nacimiento... 5-11-45 .....  
 Lugar de nacimiento... ALMERIA - ESPAÑA .....  
 Nacionalidad... ARGENTINO NATURALIZADO .....  
 Fecha de ingreso al país... 1950 .....  
 Estado civil... CASADO .....  
 Domicilio... FRANCISCO BILBAO 2864 .....  
 Tel... 673-6247 ..... Localidad... CAP. FED. ....  
 Dependencia... Ciclo Básico COMÚN .....  
 Cargo... PROF. ASIST. .... Fecha de ingreso .....  
 Nº de Legajo Cont... 37.299 ..... DNI... 17.106.570 .....  
 LE o LC... NO ..... CI... 6.360.444 .....  
 Policía... Federal .....

Firma



REPÚBLICA

ARGENTINA

*Universidad de Buenos Aires*  
*Facultad de Ingeniería*

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

*Por cuanto:                    Andrés García Gómez,*

*natural de España,            ha terminado el 28 de agosto de 1970 los estudios correspondientes*  
*al curso de Ingeniería Electromecánica.*

*Por tanto: de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes en esta Universidad le expedimos*  
*el presente título de Ingeniero Electromecánico, orientación Eléctrica.*

*Buenos Aires, 18 de diciembre de 1970*

*Andrés A. Sanjurjo*

RECTOR

*[Signature]*

DECANO

*[Signature]*  
SECRETARIO DE LA FACULTAD

*[Signature]*  
FIRMA DEL INTERESADO

*[Signature]*  
SECRETARIO ACADÉMICO





Ced. Id. nt. n. 6560.446 Pol. Fed.

En la firma que antecede  
 A. Santos y H. A. de la Cueva  
 son auténticas.  
 Buenos Aires, 18 FEB 1915

*[Signature]*



El Ministro del Interior  
 por la firma que antecede es auténtica y  
 acredita a *[Signature]* *[Signature]*  
 Buenos Aires, 21 FEB 1915

MANUEL OCHOA  
 SECRETARIO DEL MINISTRO DEL INTERIOR

En copia fiel del original

*[Signature]*  
 15-4-23

BUENOS AIRES, 29 de Feb. de 1915.  
 INSCRIPTO EN LA FECHA EN LA MATRICULA DE REG. ELF.  
 TRONICA Y TELECOMUNICACIONES BAJO EL N. 1325  
 CONSTE.

*[Signature]*  
 FIRMA DEL PRESIDENTE



1	E.C. o L.E. N.º 17.106.5	Matrícula N.º 0.00.494	D. M.
CEDULA DE IDENTIDAD N.º			
EXPEDIDA POR 101. YES.			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO 5-11-45			

## DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO GARCIA GOMEZ La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES ANDRES Escribir todos los nombres sin abreviaturas
3	DOMICILIO Tco. Bilbao	N.º 2864 LOCALIDAD C.A.P. 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. Rectorado y Cons. Sup. DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC. Ciclo Basico Comun CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. Ver al Dpto SUELDO O RETRIBUCION \$ 38831 IMPUTACION PRESUPUESTARIA M-1120	CALLE LOCALIDAD N.º PCIA. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA Decentes INGRESO 10-2-85 Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. LUGAR B.A. FECHA 15-4-85 LUIS CESAR SCHKOLNIK DELEGADO RECTORAL CICLO BASICO COMUN
---	---	--

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

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC. Min. de Educacion REPARTICION Univ. de Bs As. DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD F.C. de Ingenieria CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. Ver al Dpto SUELDO O RETRIBUCION \$ 52.000 IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CALLE LOCALIDAD N.º 850 PCIA. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO 1966 Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. LUGAR B.A. FECHA 15-4-85
---	---	---

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

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC. Min. de Educacion REPARTICION Univ. Tecn. Nac. DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD REGIONAL Bs As. CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. Ver al Dpto SUELDO O RETRIBUCION \$ 52.000 IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CALLE LOCALIDAD N.º 815 PCIA. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO 1978 Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. LUGAR B.A. FECHA 15-4-85
---	---	---

## 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 Causa Institución o Caja que lo abona 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	PROF. ADJ. de L. Simple	/	17 2 21	/	17 2 21	/	17 2 21	/
5	J.T. P. 2 de L. simples	/	/	8 2 20	/	8 2 20	/	/
6	PROF. ADJ. 2 de L. Simple	/	7 2 15	/	7 2 15	/	7 2 15	/
7								
8								

Lugar y fecha: B.A., 15-4-85

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

Lugar y fecha: B.A., 15-4-85

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: B.A., 27-8-85

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

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

~~Se dejó sin efecto~~



-----CONSTE POR LA PRESENTE QUE EL SEÑOR INGENIERO  
ANDRES GARCIA GOMEZ (CIN° 6.360.444 - LEGAJO N° 37299) PERTENECE AL PERSONAL DOCENTE DE ESTA FACULTAD.-----

-----ADEMAS SE DEJA CONSTANCIA QUE CUMPLIO CON LAS  
REGLAMENTACIONES EN VIGENCIA PARA SER DESIGNADO EN ESTA FACULTAD.-----

-----PERCIBE EN ESTA FACULTAD EL 70% DE BONIFICACION  
POR ANTIGUEDAD A PARTIR DEL 1-11-83; FUE DECLARADO APTO POR  
EL SERVICIO UNIVERSITARIO DE SALUD CON FECHA 15-7-76.-----

-----A PEDIDO DEL INTERESADO Y AL SOLO EFECTO DE  
SER PRESENTADA ANTE LAS AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES A LOS VEINTIOCHO DIAS DEL MES DE MARZO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO.-----

CONSTANCIA N° 127.- /

lya.-

ELIDA C. GABELICH  
DIRECTORA DE PERSONAL  
FACULTAD DE INGENIERIA

ANDREI GARGA



DECLARACION JURADA



A presentar por los agentes de la Universidad de acuerdo con lo que dispone el decreto N° 435/90, art. 26. La presente declaración comprende los cargos permanentes, temporarios o por contratos ocupados en los tres poderes del Gobierno Nacional. Asimismo se extenderá a los organismos a que se refiere el art. 1° de la Ley N° 23.696.

**1.- DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellido: *Andrés GARCÍA GÓMEZ*  
 DNI/LE/LC: N° *17.106.570* CI. *6360 444* Pol. *Federal*  
 Nacionalidad: *Argentina naturalizado*  
 Fecha de Nacimiento: *5-NOV-1945*

**2.- CARGO QUE OCUPA EN LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

	Repartición	Dependencia	Cargo	Años de Servicio	Legajo Contable N°
				Ingreso	
I	<i>U.B.A</i>	<i>C.B.C</i>	<i>Profesor Asociado</i>	<i>1985</i>	<i>37299</i>
II	<i>U.B.A</i>	<i>Fac. Ingeniería</i>	<i>Profesor Adjunto</i>	<i>1968</i>	<i>37299</i>
III					
IV					
V					

**3.- OTROS CARGOS EN REPARTICIONES NACIONALES, PROVINCIALES, MUNICIPALES Y/O EMPRESAS DEL ESTADO.**

	Repartición	Dependencia	Cargo	Años de Servicio	Legajo Contable N°
				Ingreso	
I	<i>U.T.N.</i>	<i>Fac. Ing. Avanzada</i>	<i>Profesor Adjunto</i>		<i>15586-0</i>
II	<i>UTN</i>	<i>Fac. Ing. Bs. As.</i>	<i>Profesor Adjunto</i>		<i>15586-0</i>
III					
IV					

**4.- JUBILADOS, PENSIONADOS, RETIRADOS DE CUALQUIER REGIMEN PREVISIONAL.**

- Situación de Pasividad
- Régimen Previsional

**5.- OPTA POR SEGUIR PRESTANDO SERVICIO EN: (sólo para aquellos agentes que ocupan más de un cargo en cualquiera de los tres poderes, excluyéndose cargos docentes y cargos que la legislación anterior al decreto N° 435/90 consideraba compatibles).**

- Repartición:
- Dependencia:
- Cargo:

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos. Asimismo me notifico que, cualquier falsedad, ocultamiento u omisión, dará lugar a la aplicación de sanciones de apercibimiento, suspensión y hasta cesantía por aplicación de la legislación vigente.

Lugar y Fecha *Buenos Aires 30-4-90* *[Firma]*  
 Firma del declarante

CERTIFICO la autenticidad de la firma que antecede.

Lugar y Fecha

Firma del responsable

...the ...

## Para la dependencia

Unidad Académica

RR



## DATOS PERSONALES

A) Apellido\*

GARCIA GOMEZ

(\*) Las mujeres, apellido de soltera.

B) Nombres

ANDRES

C) Domicilio

FRANCISCO BLILBAO Nº 2864

Localidad CAP Piso -- Depto. Tel. 6136247

D) Documento de Identidad

17106570

Tipo

LC 1

LE 2

DNI 3



PASAPORTE 4



(Solo para extranjeros no residentes)

E) Legajo de UBA

Número

37299-0



# **UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

## **CENSO DE PERSONAL DOCENTE 1992** **Resolución Nº 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.

Cada persona deberá contestar sólo un cuestionario independientemente de la cantidad

a) Del declarante:

APELLIDO Y NOMBRES		LEGAJO N°.	DEPENDENCIA	EMPLEO QUE DESEMPEÑA
GARCIA GÓMEZ Andrés		37299-0	C.B.C	Profesor Asociado Interino
LE - LC - CI	DOMICILIO	ESTADO CIVIL	FECHA DE CASAM.	OTROS EMPLEOS
6.360.444	Fco Bilbao 2864 Cap.	Casado	25-8-78	

b) De su cónyuge:

APELLIDO Y NOMBRES	LE - LC - CI	DOMICILIO	EMPLEADOR	SUELDO	(A CARGO)
SCARAFIA Martha Rosa	4236877	Fco Bilbao 2864 Cap.			

c) De los parientes a su cargo:

	APELLIDO Y NOMBRES	DOMICILIO	VINCULO	FECHA DE NACIMIENTO	DNI LE - LC - CI	ESTADO CIVIL	(IMPE- DIDO)	ESCOLARIDAD		EMPLEADOR	SUELDO
								PRIMARIA	MED. Y SUP.		
2	GARCIA Rodrigo Andrés	Fco Bilbao 2864 Cap.	Hijo	16-9-79	27658047	soltero	NO	SI	-		
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.

BsAs 14 de mayo de 1992

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	X
Domicilio	X
Estado Civil	X
Fecha Casam.	X
Apart. V/f. a/b	

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

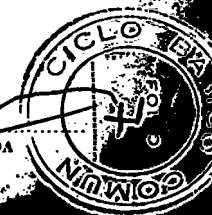
b) y c) Del cónyuge y de los otros parientes a su cargo:

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 DECLARADA

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



TE. G13-6247



MUNICIPALIDAD DE LA  
CIUDAD DE BUENOS AIRES

27658047

# REGISTRO CIVIL

37

SECCION CNac TOMO DAE NUMERO 749 - AÑO 1979

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a 17 de setiembre  
de 1979. Yo, Funcionario del Registro del Estado Civil, inscribo el NACIMIENTO de

Rodrigo Andrés GARCIA

Sexo masculino nacido el 16 de setiembre de 1979

a las 2 y 10 horas, en esta ciudad Azcudua 868

Hijo de Andrés GARCIA GOMEZ

Doc. Ident. CI-6360444

y de Martha Rosa SCARAFIA

Doc. Ident. CI-10296525

Según certificado de Médico Emilio C. SOJA

Interviniente el padre

Doc. Ident.

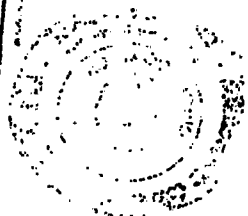
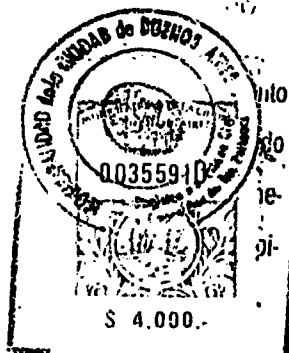
Domicilio Riglos 188

Obra en virtud de

Garcia

[Signature]

Conforme al art. 24 del decreto-ley  
 2204/63 reformado por ley 18327, esta  
 se le otorga el reconocimiento de autor-  
 dad o de inscripción al por su-  
 dades o personas privadas.



A. ANGEL M. ...  
 ...UDAD DE ...  
 ...VIL Y CAPACIDAD DE LA ...

CERTIFICO que el  
 documento es copia fiel del acta  
 original que se encuentra en esta  
 Circunscripción.-

Buenos Aires,

13 SET 1979  
 ALBERTO E. ...  
 Jefe Circunscripción 44  
 Registro del Estado Civil  
 y Capacidad de las Personas





MUNICIPALIDAD DE LA  
CIUDAD DE BUENOS AIRES

# REGISTRO CIVIL

CIRCUNSCRIPCION 3º TOMO 2º A NUMERO 708 AÑO 1978

En Buenos Aires, Capital de la República Argentina, a 25 de Agosto de 1978 Yo, Funcionario del Registro del Estado Civil, inscribo el MATRIMONIO

Andrés GARCIA GOMEZ

Edad 32 años, profesión Ingeniero estado soltero

nacionalidad Española nacido en Almería

domiciliado en Coronel Dominguez 1244 Villa Madero BsAs Doc. Ident. C.6360444

Hijo de Andrés GARCIA ALVAREZ fallecido

nacionalidad Española profesión

y de Dolores GOMEZ

nacionalidad Española profesión comerciante

domiciliados en Coronel Dominguez 1244 Villa Madero BsAs

Martha Rosa SCARAFIA

Edad 36 años, profesión Empleada estado soltera

nacionalidad Argentina nacida en Paraná E. Rios

domiciliada en Belgrano 1646 Doc. Ident. LC4236877

Hija de Domingo Joaquín SCARAFIA fallecido

nacionalidad Argentina profesión

y de Matilde Polonia ZANDOMENI

nacionalidad Argentina profesión

domiciliados en Fribs 744 Lomas de Zamora BsAs

Cumplidas las formalidades legales y recibido el consentimiento de los contrayentes en nombre de la Ley los declaré unidos en matrimonio ante los testigos:

Mario José DI MARCO Doc. Ident. C.15466707 Edad 33 años

Estado soltero Profesión Técnico Domicilio Pedernera 1024

Stella Maris Noemi CHACON Doc. Ident. LC 5179161 Edad 32 años

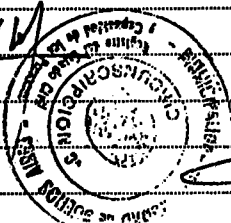
Estado soltera Profesión Abogada Domicilio Junco 722

Leida el acta la firmaron conmigo los esposos y los testigos Entre líneas "Madero BsAs" Vale.

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*



**DR. CARLOS A. WALKER**  
JEFE DE OFICINA  
REG. EST. CIVIL Y E.C.A.B.  
SECRETARIA DE GOBIERNO

Copia FIEL DEL ORIGINAL  
ANTE MI VISTA  
14/5/82

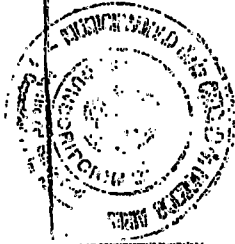
REPUBLICA ARGENTINA  
MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

Ante este documento  
no está  
si  
ni  
E

CERTIFICO que el presente  
documento es copia fiel del acta  
que se encuentra en esta

Conforme a lo dispuesto por la Ley 8294/83 modificada por Ley  
16327, este documento **NO DEBE SER RETENIDO** por autori-  
dad judicial ni administrativa, ni por particulares o personas privadas.

Buenos Aires, 25-8-78



E. E. PEREZ de VALOTTA  
OFICIAL PUBLICO  
REGISTRO DEL ESTADO CIVIL  
Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

CONSTE por la presente que el ingeniero Andrés GARCIA GOMEZ

Documento de Identidad L.E. N° 17.106.570

Pertenece/~~pertenece~~ al personal docente de esta Facultad

Antigüedad en el empleo del 1-4-68 al 29-2-88. - - - - -

Licencias sin sueldo (Suspende contrato docente) del 1-4-71 al 15-9-71. - - - - -

Cargo - - - - -

Remuneración mensual: australes - - - - -

Observaciones Se deja constancia que por Resolución N° 1/88, artículo 1°, se autoriza a liquidar a los docentes hasta tanto el Consejo Directivo re-suelva su prórroga. Además se informa que cobra el 100% de bonificación por antigüedad desde el 1-10-88. - - - - -

A PEDIDO DEL INTERESADO SE EXTIENDE LA PRESENTE CONS-TANCIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES A LOS DIECINUEVE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO A LOS EFECTOS DE SER PRESENTADA ANTE LAS AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - CICLO BASICO COMUN. - - - - -

CONSTANCIA N° 668./

cmr. -

ELIDA G. GASELICH  
DIRECTORA DE PERSONAL  
FACULTAD DE INGENIERIA

Garcia Gomez

GARCIA GOMEZ. Andres

Ciencias Físico-Matemáticas

Leg. 37299.

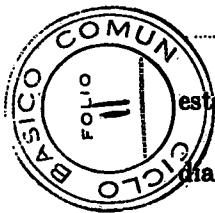
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES

EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que Rodrigo Andrés GARCIA-----

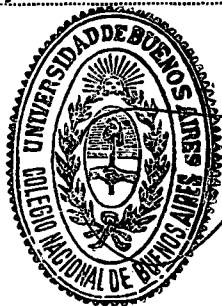
se encuentra inscripto en este establecimiento, como alumno regular de primer año, en el presente curso escolar.

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 siete días del mes de abril del año mil novecientos noventa y tres-----

pb.



*Jorge Francisco Chao*  
JORGE FRANCISCO CHAO  
SECRETARIO





Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

(D)

Buenos Aires, 3/5/93

RECIBI DEL SR. / A. GARCIA GOMEZ

LEGAJO N° 37299 LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 93

APELLIDO Y NOMBRE

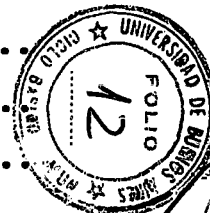
RODRIGO ANDRES

GRADO/AÑO

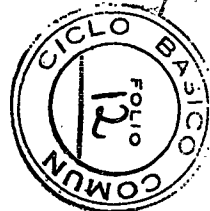
1er

PASADO  
A FICHA

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES



FIRMA





CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

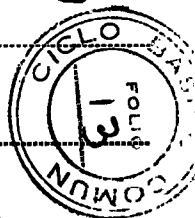
Se hace constar que Rodrigo García  
 es alumno de 9º grado año                      división, en este establecimiento.

A pedido del interesado se extiende la presente constancia en Bs As  
                    , a los 24 días del mes de abril de 19 92  
 para ser presentada ante las autoridades de la Facultad de Ing  
de Bs As

INSTITUTO "LUJÁN PORTENO A-461"  
 Sello  
 Incorporado a la Enseñanza Oficial  
 Fco. Bilbao 3478 612-9541

Firma autorizada

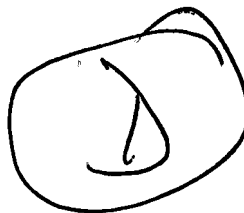
LAURA B. PANIO  
 DIRECTORA







Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común



Buenos Aires, 19-5-94

RECIBI DEL SR./A. *García Jorjuz Sudriá*

LEGAJO Nº *37299* LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO

APELLIDO Y NOMBRE

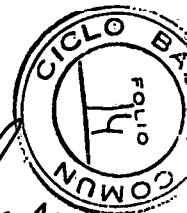
*Rodrigo*

GRADO/AÑO

*2º año*

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. Nº 42

FIRMA



*PASADO  
A GICAT*

*[Signature]*



1. The first part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

2. The second part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

3. The third part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

4. The fourth part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

5. The fifth part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

6. The sixth part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

7. The seventh part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

8. The eighth part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

9. The ninth part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

10. The tenth part of the document is a list of names and addresses, which are arranged in a table-like format. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The names are: John Doe, Jane Smith, and Bob Johnson. The addresses are: 123 Main St, 456 Elm St, and 789 Oak St.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES

EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que GARCIA, Rodrigo.-----

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 de la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.-----

-----expide esta constancia en Buenos Aires, a dieciocho

días del mes de mayo del año mil novecientos noventa y cuatro.-----

araa



Jorge Francisco Chao  
JORGE FRANCISCO CHAO  
SECRETARIO





Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común



AL



Buenos Aires, 12-4-96

RECIBI DEL SR./A. GARCIA GOMEZ, Andres

LEGAJO N° 37299... LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 96.

APELLIDO Y NOMBRE

GARCIA RODRIGO A.

GRADO/AÑO

4º AÑO

PASADO  
A FICHA

DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES  
FORM. N° 42

FIRMA



100

100

100

100

100

100

100

100

100

100

100



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES



EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que Rodrigo Andrés GARCIA - - - - -

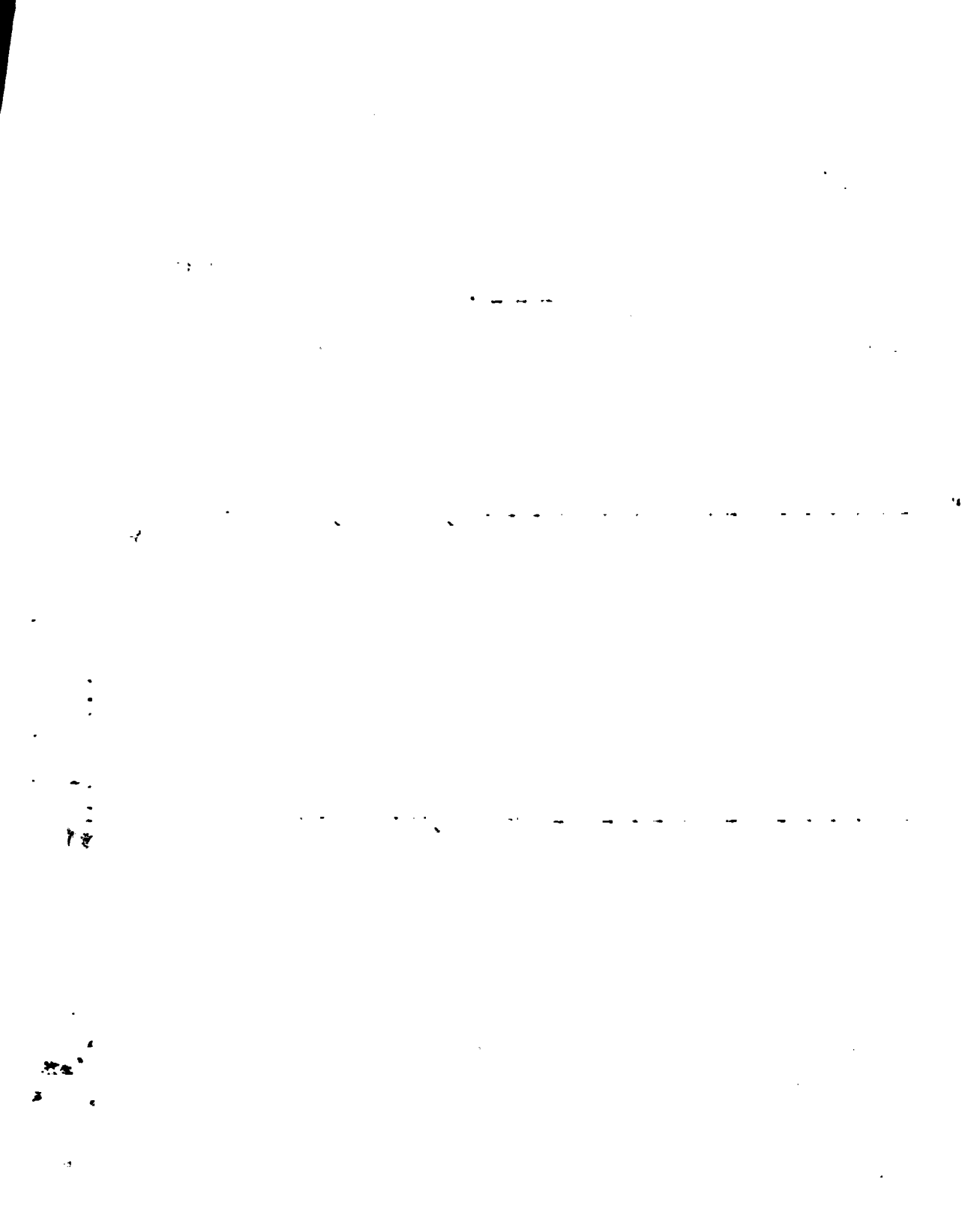
se encuentra inscripto en este establecimiento, como alumno regular de cuarto año, en el presente curso escolar.

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

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



*Jorge Francisco Chao*  
JORGE FRANCISCO CHAO  
SECRETARIO





D

Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común

Buenos Aires, 26/6/97

RECIBI DEL SR./A. GARCIA GOMEZ... ANDRES

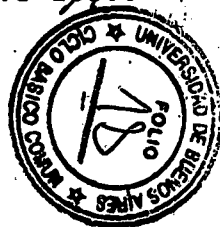
LEGAJO N. 37299... LOS CERTIFICADOS DE ESCOLARIDAD QUE SE  
DETALLAN A CONTINUACION CORRESPONDIENTES AL CICLO LECTIVO 97.

APELLIDO Y NOMBRE

GRADO/AÑO

RODRIGUEZ

5º



DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES

EN 2.2.118

FIRMA

PASADO



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

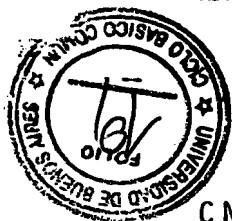
COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES

EL SECRETARIO DEL COLEGIO NACIONAL DE BUENOS AIRES certifica que GARCIA, Rodrigo Andrés. - - - - -

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

A pedido del interesado y a los efectos de su presentación ante las autoridades DE LA FACULTAD DE INGENIERIA. - - - - -

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



CNBA - Form. 106



*Jorge Francisco Chao*  
JORGE FRANCISCO CHAO  
SECRETARIO





# CUADRO DE NOTIFICACION

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

Apellido y nombre o denominación

U. B. A. - CBC

FECHA

7/9/94

FIRMA

ACLARACION:

*[Handwritten signature]*

CARACTER DEL FIRMANTE

MAQUINA LUCIANA CAMPESINO

JEFA DIVISION PERSONAL

SECCION DE GASTOS COMUN

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

Apellido y Nombre o denominación:

FECHA

FIRMA



# CUIL por InterNET

Solicitud de Constancia de CUIL



**Fecha :28/9/1999**

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  
SISTEMA UNICO DE REGISTRO LABORAL

**CUIL/CUIT : 20-  
17106570-5**

**GARCIA GOMEZ ANDRES**  
DOCUMENTO : DU 17106570



## 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



(2) Caracter de la presentación

Original	Rectificativa
----------	---------------

## IMPUESTO A LAS GANANCIAS

**DECLARACIÓN JURADA**  
**En posesión con rentas**

Documento de Identidad LE/LC/DNI/ e CI (2) N°:

**Apellido y Nombre:**

**Domicellio-Cells:**

**Localidad:**

710.

**Plao/Dpto.:**

**Provincia:**

**Cgd, Restau:**

Esta declaración jurada deberá ser confeccionada por el beneficiario de ganancias comprendidas en los incisos a), b), c) y d) del artículo 79 de la Ley de Impuesto a las Ganancias, texto ordenado en 1986 y sus modificaciones y será presentada al inicio de la relación laboral ante la persona o entidad que abone dichas ganancias, o cuando corresponda declarar modificaciones de datos, conforme lo establecido por el artículo 4º, de la Resolución General Nº 3802

[illegible]

## B - INFORMACION PARA LA PERSONA O ENTIDAD QUE PAGUE OTRAS REMUNERACIONES (b)

De acuerdo a lo establecido en el artículo 4 (punto 2), de la Resolución General Nº 3802 Informo que he designado para actuar como Agente de retención a:

**Apellido y Nombre o denominación**

**Nº de C.U.I.T.:**

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

**Lugar y fecha:**

**Firma:**

(1) Se consignará cuando corresponda. (2) Testar lo que no corresponda. (3) Se consignarán las deducciones en concepto de aportes al Sistema Único de Seguridad Social. (4) Cubrir únicamente en el supuesto de intención de impuesto, por los pagadores que se informen en el Anexo 2. (5) La obligación de consignar la información requerida en los apartados A o B, resulta excluyente.



# CUADRO DE NOTIFICACION

1 AGENTE DE RETENCION Acuso/Acusamos recibo del original de la presente declaracion jurada

Apellido y Nombre o Denominación

UBA - CBC

FECHA

13/03/01

FIRMA

*[Signature]*

GABRIELA SARIEGO

CARACTER DEL FIRMANTE

JEFE DIVISION LEGAJOS

ACLARACION:

CICLO BASICO COMUN

2 PERSONAS O ENTIDADES QUE ABONEN OTRAS REMUNERACIONES: Acuso/Acusamos recibo del original de la presente declaracion jurada

Apellido y Nombre o Denominación

FECHA

FIRMA

CARACTER DEL FIRMANTE

ACLARACION:



## DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

1	L. C. o L. E. N° <b>1710670</b>	Matrícula N°	D. M.
CEDULA DE IDENTIDAD N°			
EXPRIDIDA POR			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación <b>Sde nov. de 1945</b>			
FECHA DE NACIMIENTO			

2	APELLIDO <b>GARCIA GOMEZ</b> La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES <b>Andrés</b> Escribir todos los nombres sin abreviaturas		
3	DOMICILIO <b>Fco Bilbao</b>	N° <b>2804</b>	LOCALIDAD <b>CAPITAL</b>	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 N° <b>sede Paterzuel</b>	LOCALIDAD <b>Capital</b>
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC. <b>RECTORADO Y CONSEJO SUPERIOR</b>	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA <b>Profesor Asociado</b>	
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC. <b>CICLO BASICO COMUN</b>	INGRESO <b>03 - 1985</b>	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. <b>Ver al dorso</b>	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR <b>DRA. MARTA SABEL ROUGHAN</b> <b>DIRECTORA DE PARLAMENTO B</b> <b>CICLO BASICO COMUN</b>	

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

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE N°	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. ....	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR FECHA	

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

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE N°	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. ....	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACION PRESUPUESTARIA	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	Institución o Caja que lo abona
	Desde qué fecha.	Importe	
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.		

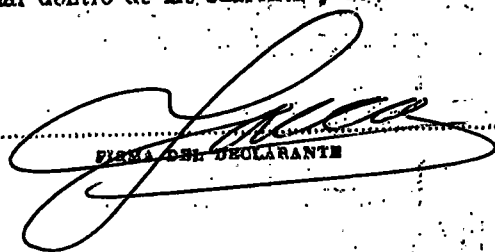
**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS  
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4	Asociado Simple			7-11	7-9		7-11	vacaciones
5								
6								
7								
8								

MIRIAM ISABEL POUHAN  
DIRECTORA DE PARLAMENTO E  
SERVICIO BASICO COMUN

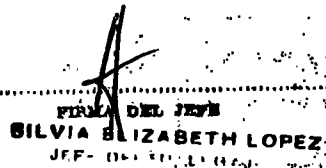
Lugar y fecha: 13 de marzo de 2001  
Buenos Aires

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: 25 OCT 2001

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 ELIZABETH LOPEZ  
JEFE DE ADMINISTRACIÓN

(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

Nº 37.299.

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



Documento

EE/EE./D.N.I.

Nº 17.106.570.

Asegurado: GARCÍA GÓMEZ, ANDRÉS  
(Apellido y Nombre)

Fecha de nacimiento: 05/11/45



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
CARAFIA, MARTHA	ESPOSA	LC: 4.236.877.
ORCIA, ADMINISTRACION DE VINCAS		DNI = 27.658.047.

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

En este caso abonar a: .....

22 ABR. 2002

MARIA ROSA BADURINA

JEFE DE DIVISION DE SEGURIDAD SOCIAL

RECEBIDA

18 ABR 2002

SECRETARIA DE GOB. Y SEÑALACION ADMINISTRATIVA

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

CICLO BASICO COMUN



Nº 37.299.



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

Póliza  
Nº 150.130

Documento

E.C./D.N.I.

17.106.570.

Asegurado: GARCÍA GÓMEZ, ANDRÉS  
(Apellido y Nombre)

Fecha de nacimiento: 05/11/45.



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

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	DOC. DE IDENTIDAD
SCARAFIA, MARTHA	ESPOSA	LC = 4.236.877
GARCIA, RODRIGO A.	Hijo	DNZ = 27.658.047
ADMINISTRACION DE VENTAS		

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

En este caso abonar a:

22 ABR 2002

MARIA ROSA GADURINA

JEFE DE DIVISION ADMINISTRATIVA

SECRETARIA DE COMERCIO Y TURISMO

8 ABR 2002

Firma y Sello U.B.A.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

Nº .....



CAJA DE SEGUROS DE VIDA S.A.  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
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**

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.

Asegurado:.....  
(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:



Nº .....  
Es zurdo?.....

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



Universidad de Buenos Aires  
Ciclo Básico Común



LEGAJO CONTABLE N° 37299  
FECHA DE INGRESO: / /

APELLIDO: GARCÍA GÓMEZ, A  
NOMBRES: Andrés  
LE, LE, D.N.I.: 17 106 570 C.I. 6360 444 POL: Federal  
FECHA DE NACIMIENTO: 05/11/45  
DOMICILIO PARTICULAR: FRANCISCO BILBAO 2864  
COD. POSTAL: 1406  
PISO: — DEPTO: — T.E. 4613-6247  
LOCALIDAD: CAPITAL FEDERAL PROVINCIA:  
PRESTA SERVICIOS EN (SEDE, DEPENDENCIA, MATERIA): AVELLANEDA

**BENEFICIARIOS DEL SEGURO:**

APELLIDO Y NOMBRES	PARENT	TIPO DOC.	NUMERO
SCARAFIA, Martha	Esposa	L.C	4236877
GARCIA Rodrigo A.	Hijo	DN I	27658047

Buenos Aires, 17 de abril de 2002

Firma:

Aclaración: Andrés García Gómez

REAR VIEW OF THE  
MOUNTAIN

1000  
1000

1000

1000  
1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000



ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES

DECLARACION JURADA



FOTO  
4 X 4

Importante:

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

LEGAJO

37299

APELLIDO

GARCÍA

APELLIDO MATERNO

GÓMEZ

NOMBRES

Andrés

DOCUMENTO N°

17106570

TIPO

DNI

CUIL N°

20-17106570-5

VARON ☒  
SEXO (marcar con x)  
MUJER ☐

FECHA DE NACIMIENTO

05/11/45

GRUPO SANGUINEO

FACTOR  
RH

A  
+

NACIONALIDAD

Argentina

ESTUDIOS

(marcar con x)

COMPLETOS

INCOMPLETOS

TERCIARIO  
UNIVERSITARIO  
MAESTRIA  
DOCTORADO

X

X


IMPORTANTE

\*\*\*\*\*

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

IDIOMAS

Francés

Inglés

(marcar con x)

(marcar con x)

HABLA  
LEE  
ESCRIBE

X
X
X

HABLA  
LEE  
ESCRIBE

X
X

ESTADO CIVIL (marcar con x)

SOLTERO

☐

CONVIVIENTE

☐

CASADO

☒

SEPARADO  
DE HECHO

☐

VIUDO

☐

DIVORCIADO

☐

SEPARADO  
LEGALMENTE

☐

DOMICILIO

Francisco Bilbao

N°

2864

PISO

—

DTO

—

CODIGO POSTAL

1406

LOCALIDAD

CAPITAL FED

PCIA.(o/abreviar)

TELEFONO

011

PREFIJO (larga dist.)

4613-6247

E-MAIL

andres99@volsinedbis.com.ar

¿TIENE OTRA OBRA SOCIAL?  
(marcar con x)

☐

N° DE AFILIADO

NOMBRE

CERTIFICADO DE APTITUD  
(marcar con x)

☒

FECHA DE APTO

abril - 2003

PERCIBE JUBILACION?

SI  
NO

☐

☒

BENEFICIO

Nº

DESDE

CAJA

**SALARIO FAMILIAR**

COBRA SALARIO FAMILIAR

NO

EN DONDE

(indicar nombre de la empresa)

Nº CUIT

DOMICILIO (de la empresa)

\*Responder el siguiente solo si percibe en más de un lugar

COBRA SALARIO FAMILIAR?

EN DONDE

(indicar nombre de la empresa)

Nº CUIT

DOMICILIO (de la empresa)

IMPORTANTE PARA CONTINUAR CON LA PERCEPCION \*\*\*\*\*  
SI COBRA SAL/FIAR POR ESTA DEPENDENCIA DEBERA COMPLETAR LA NUEVA DECLARACION JURADA DE  
SALARIO FAMILIAR Y ADJUNTAR A LA PRESENTE \*\*\*\*\*

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 CONTRA LA UNIVERSIDAD DEJARA DE COMPUTAR DICHOS SERVICIOS.

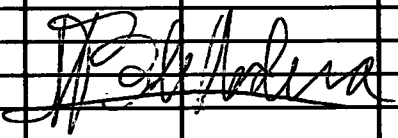
Afirmo que los datos asentados en este formulario son exactos, que he confeccionado el mismo sin falsear informaciones y que acepto los plazos establecidos para la presentación de cualquier dato o documentación que adeudare

BUENOS AIRES

12109103

  
FIRMA



NOVEDADES DE SEGURO					
LEGAJO	APELLIDO Y NOMBRES	CAMPO COD.	IMPORTE	TIPO DE MOV.	OBSERVACIONES
37.299	GARCIA GOMEZ, Andrés	236		BAJA	
 <b>MARIA ROSA RADURINA</b> Jefa de División Asistencia Social Secretaría de Hacienda y Administración Ciudad México, México					

10/1/11

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19



Buenos Aires,

3 de agosto de 2010

En el día de la fecha he sido notificado de la información emanada por el Ministerio de Educación (Secretaría de Políticas Universitarias) sobre mi presunta incompatibilidad de cargos y horarios en el ámbito del Sistema Universitario Nacional.

**INFORMACION DEL RECTORADO DE LA UBA  
PLAZO OTORGADO POR LA UNIDAD ACADEMICA (Ciclo Básico Común)**

El plazo para regularizar dicha incompatibilidad y presentar la documentación en el Ciclo Básico Común vence el 30/08/10, asimismo y vencido dicho plazo el Rectorado de UBA procederá a realizar los bloqueos correspondientes.-

  
APELLIDO Y NOMBRES  
ACLARACION

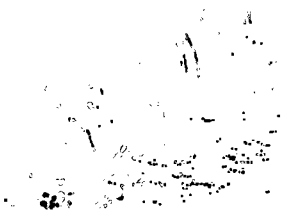
A. García Gómez

LEGAJO CONTABLE N°

37299

DOCUMENTO N°

17106570



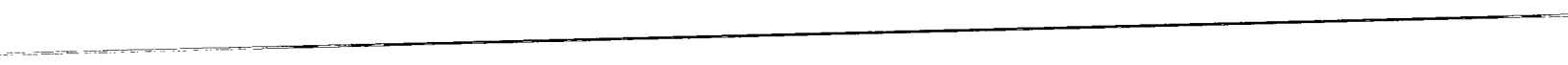
100-100-100

100

100

100-100-100

100-100-100





Avellan 30 de julio

FACULTAD REGIONAL AVEI	
FRA	Nº 730
ENTRO	SALIO
DIA 04	DIA 7
MESES 07	MES
AÑO 10	AÑO

Sr Decano  
Universidad Tecnológica Regional  
Sr. Jorge Del Gener

El que suscribe Andrés García  
Gómez Legajo 15586 renuncia  
sus dos cargos de Profesor A  
juno de Física I por incompati-  
bilidad de cargos docentes

DNI 17106170

CASAS  
07/07/10





1	L. C. o L. E.	Matrícula	D. M.
17106	77		
CEDULA DE IDENTIDAD			
EXPEDIDA POR			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
5-11-41			
FECHA DE NACIMIENTO			

## DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO <b>GARCIA GOMEZ</b> La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES <b>Andrés</b> Escribir todos los nombres sin abreviaturas
3	DOMICILIO <b>Fco. Bilbao</b>	Nº. <b>2864</b> LOCALIDAD <b>Capital</b> 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. <b>UBA CBC</b> DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.	CALLE Nº. <b>Avellaneda</b> LOCALIDAD PCIA. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA <b>Docente</b> INGRESO <b>1985</b> Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos LUGAR FECHA
CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a		LUGAR FECHA
SUELDO O RETRIBUCION		
IMPUTACION PRESUPUESTARIA		

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

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC. <b>UTN</b> REPARTICION DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	CALLE Nº. <b>Haedo</b> LOCALIDAD PCIA. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA <b>Docente</b> INGRESO <b>2001</b> Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos LUGAR FECHA
CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a		LUGAR FECHA
SUELDO O RETRIBUCION		
IMPUTACION PRESUPUESTARIA		

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

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

## 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.)

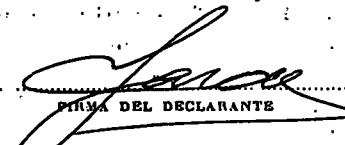
8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:		
	Régimen	Causa	Institución o Caja que lo abona
	Desde qué fecha	Importe	
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.		

**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	Adjunto Semi				7a13	8-12	8-12	7-13
5	Adjunto x 3		18-20 <sup>30</sup>		18-20 <sup>30</sup>		13-17	
6								
7								
8								

Lugar y fecha: Buenos Aires 3/8/2010

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:

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, 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

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

Sello

Firma Jefe Of. Seco.

La presentación del documento nacional de identidad expedido por el Registro Nacional de las Pertenencias, 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 identificación cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en los términos legales, el "cambio de domicilio", dentro de los tres días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.



Impresión digna  
página derecha

MERCOSUR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos (si es mujer el de soltera)  
GARCIA GOMEZ

NOMBRES

Andres

CLASE

SEXO

1945

Varón

D.M.

NUMERO DE DOCUMENTO

17.106 530

NACIONALIDAD

Argentina



12930659003712



17105570

PARA NATURALIZADOS  
ARGENTINOS

Naturalizado/a el 5 de Septiembre  
de 1980

Certificado de ciudadanía expedido por el  
Juzgado Fed. N° 5 de Cap. Fed.

Secretaria de V. C. Dra. Mariana Mariani  
Sec. 17 Dr. Raúl de Chapearovic

Sello

Firma

- 3 -

2

17105570

PARA NATURALIZADOS  
ARGENTINOS

Naturalizado/a el 5 de Septiembre  
de 1980

Certificado de ciudadanía expedido por el  
Juzgado Fed. N° 5 de Cap. Fed.

Secretaria de V. C. Dra. Mariana Mariani  
Sec. 17 Dr. Raúl de Chapearovic

Sello

Firma

- 3 -

2

17105570

PARA NATURALIZADOS  
ARGENTINOS

Naturalizado/a el 5 de Septiembre  
de 1980

Certificado de ciudadanía expedido por el  
Juzgado Fed. N° 5 de Cap. Fed.

Secretaria de V. C. Dra. Mariana Mariani  
Sec. 17 Dr. Raúl de Chapearovic

Sello

Firma

- 3 -

2

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

Sello

Firma Jefe Of. S. N.

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

Art. 13 - Ley 17.671.

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

Art. 47 - Ley 17.671.



Impresión digital  
pagar derecho

MERCOSUR

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos (si es mujer el de soltera)

GARCIA GOMEZ

NOMBRES

Andres

CLASE

1945

SEXO

Varon

D.M.

NUMERO DE DOCUMENTO

17.106.570

NACIONALIDAD

Argentina



12930659003712



17405570

PARA NATURALIZADOS  
ARGENTINOS

Naturalizado/a el 5 de Septiembre  
de 1980

Certificado de ciudadanía expedido por el  
Juzgado Fed. N° 5 de Cap. Fed.

Secretaria de V. C. Dra. Mariana Mascari  
Sec. 17 Dr. Raúl de Chapeaurouge

Sello

Firma

Nacido/a el 5/11/45 en Almería  
Part. o Dpto.: España  
Nación: España  
DOMICILIO:  
Calle: F. Balboa N° 2864  
Piso: Dpto.: Monoblock:  
Ciudad o Pueblo: Cap. Fed. Barrio:  
Part. u Dpto.: Provincia:  
Oficina Ident.: 9982  
Identif. el día: 6/1/81 Fecha de expiración:  
N° de CUIT o CUIL (si corresponde):

Firma del interesado

Firma del autorizando

Asignar/modificar vencimiento | Transferir | Notificar transf. manual | Agregar contenidos | Desglosar contenidos | Incluir en carpeta  
| Iniciar carpeta | Cambiar estado | Archivar | Imprimir | Enmendar error | Agregar avance general | Agregar avance particular |  
Ver avances | Agregar referencias | Ver referencias | Reimprimir carátula | Agregar palabras clave | Ver palabras clave | Tomar base

**CUDAP: TRI-UBA:0056769/2011**

**Organismo: CBC**



**Datos de registración**

Fecha y hora: 06-Oct-2011 10:56:11

Área: DI-PERSON@cbc - dirección de personal

**Datos de procedencia**

Procedencia:

Número original:

**Causante:** Silvia Graciela PONCE

**Responsable local**

DI-PERSON@cbc - dirección de personal

**Desde**

06-Oct-2011 10:56:11

**Título:** Cambio de datos personales

**Texto**

Solicita se modifiquen sus datos personales en el sistema UBA PRISMA del agente Andrés GARCIA GOMEZ

**Fecha de impresión:** 06-Oct-2011 10:56:12

CUDAP: TRI-UBA:0056769/2011



Doc

[illegible]

*[The page contains faint, illegible markings.]*





UBA | CBC  
Universidad de Buenos Aires  
CICLO BÁSICO COMÚN

CICLO BÁSICO COMÚN  
DIRECCIÓN DE PERSONAL  
REFOLIADO N° 32

UBA190  
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES ANIVERSARIO

Buenos Aires, 5 de octubre de 2011

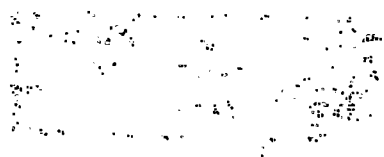
PETTINATI, María Inés  
Jefa del Departamento de Legajos

Por medio de la presente me dirijo a usted a fin de adjuntarle copia del documento del docente GARCIA GOMEZ, Andrés para que se realice la modificación en el Sistema PRISMA de su apellido y nombre y la fecha de nacimiento.

Sin otro particular saludo a usted muy atentamente.

SILVIA GRACIELA PONCE  
DIRECTORA DE PERSONAL  
SECRETARÍA DE HACIENDA  
Y ADMINISTRACIÓN  
Ciclo Básico Común

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES DIRECCION GENERAL DE RRHH DEP. DE LEGAJOS	
ENTRADA 07/10/11	SALIDA



**DUPLICADO**

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sello**

\_\_\_\_

**Firma Jefe Of. Secc.**

\_\_\_\_

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

Art. 13 - Ley 17.671.

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

Art. 47 - Ley 17.671.

**MERCOSUR**

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**

(si es mujer el de soltera)

**GARCIA GOMEZ**

NOMBRES **Andres**

CLASE **1945**

SEXO **Varon**

D.N.

NUMERO DE DOCUMENTO **17.106.570**

NACIONALIDAD **As**

12930659003712

**CICLO BASICO COMUN**

**DIRECCION DE PERSONAL**

**FOLIADO N° 38**

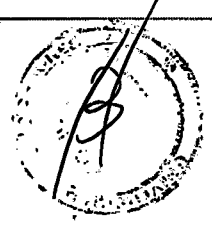
<b>UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES</b> <b>DIRECCION GENERAL DE RRHH.</b> <b>DEP. DE LEGAJOS</b>	
<b>ENTRADA</b>	<b>SALIDA</b>
<b>07/10/11</b>	

1947

1948

1949

**CICLO BASICO COMUN**  
**DIRECCION DE PERSONAL**  
**REFOLIADO Nº 39**



**DUPLICADO**

Nacido/a el 5/11/45 en Almería  
 Part. o Dpto.: España Provincia:  
 Nación:  
 DOMICILIO:  
 Calle: F. Bilbao Nº 2864  
 Piso: Dpto.: Monoblock:  
 Ciudad o Pucillo: Cap. Fed. Barrio:  
 Part. o Dpto.: 9982 Provincia:  
 Oficina Ident.:  
 Identif. el día: 6/1/81 Fecha de expiración:  
 Nº de CUIT o CUIL (si corresponde)  
 Firma del interesado

**PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS**

Naturalizado/a el 5 de Septiembre  
 de 1980

Certificado de ciudadanía expedido por el  
 Juzgado Fed. Nº 5 de Cap. Fed.

Secretaria Dra. Mariana Mascari  
 Sec. 17 Dr. Raúl de Chapearoy



Firma

-2-

-3-

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES DIRECCION GENERAL DE RRHH DEP. DE LEGAJOS	
ENTRADA	SALIDA
07/10/11	

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES DIRECCION GENERAL DE RRHH DEP. DE LEGAJOS	
ENTRADA 07/10/11	SALIDA

Atento a lo solicitado a fs. 1, se informa que se realizó la rectificación del apellido y nombre en el Sistema UBA PRISMA de acuerdo a la documentación durante a fs. 2 y 3.

Adicionalmente se informa que se procedió a rectificar la documentación en el Sistema UBA PRISMA en cuanto al apellido, nombre y fecha de nacimiento del Egreso García Gomez Andres LEG. 37299

Por la Dirección Gral de Recursos Humanos a sus fines.

Dpto de Legajos, 11-10-2011

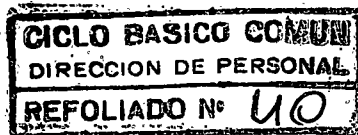


MARIA INES PETTINATI  
JEFA DEL DEPARTAMENTO  
DE LEGAJOS

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES DIRECCION GENERAL DE RRHH DEP. DE LEGAJOS	
ENTRADA	SALIDA 11/10/11



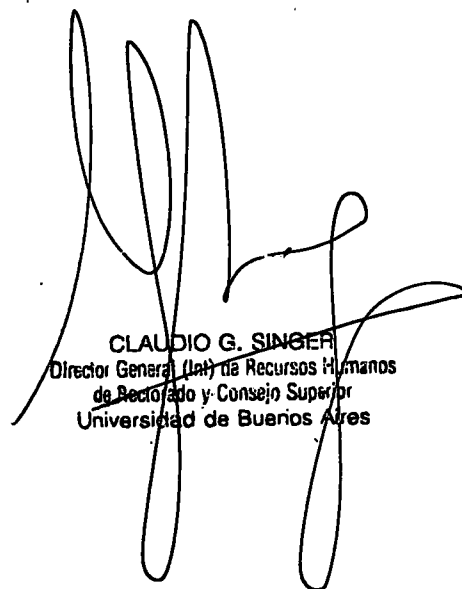
**UBA**  
Universidad de Buenos Aires



Buenos Aires, 12 OCT 2011

Visto lo solicitado en fs. 1 y la intervención del Departamento de Legajos, vuelva al Ciclo Básico Común para su conocimiento y efectos que estime corresponder.

mfi



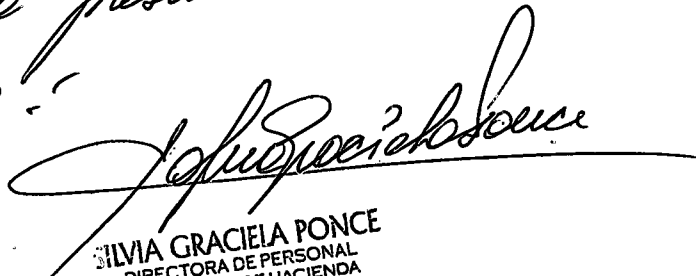
CLAUDIO G. SINGER  
Director General (Int.) de Recursos Humanos  
de Rectorado y Consejo Superior  
Universidad de Buenos Aires



CICLO BASICO COMUN MEGA DE ENTRADAS	
ENTRO	SALIO
17 OCT 2011	17 OCT 2011

Bs As, 17/OCTUBRE/2011

Visto, pase al Departamento  
de Legajos para que se archiven los  
presentes actuaciones en su legajo personal.  
Dívo le presente de a ten to  
noto de envío.

  
SILVIA GRACIELA PONCE  
DIRECTORA DE PERSONAL  
SECRETARÍA DE HACIENDA  
Y ADMINISTRACIÓN  
Ciclo Básico Común





AÑO 2003		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	682,43	Profesor	Docente	1		
02	682,43	"	"	1		
03	682,43	"	"	1		
04	682,43	"	"	1		
05	1.183,11	"	"	1		
06	932,77	403,81	"	1		
07	932,77	"	"	1		
08	932,77	"	"	1		
09	932,77	"	"	1		
10	932,77	"	"	1		
11	932,77	"	"	1		
12	932,77	466,39	"	1		
Total	10.442,22	870,20		12		

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

AÑO 2005		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	1.147,81	Profesor	Docente	1		
02	1.147,81	"	"	1		
03	1.147,81	"	"	1		
04	1.147,81	"	"	1		
05	1.147,81	"	"	1		
06	1.147,81	573,91	"	1		
07	1.296,90	"	"	1		
08	1.296,90	"	"	1		
09	1.364,67	"	"	1		
10	1.364,67	"	"	1		
11	1.446,00	"	"	1		
12	1.446,00	723,01	"	1		
Total	15.102,00	1.296,92		12		

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

AÑO 2004		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	1.367,21	Profesor	Docente	1		
02	1.367,21	"	"	1		
03	1.147,81	"	"	1		
04	1.147,81	"	"	1		
05	1.147,81	"	"	1		
06	1.147,81	573,91	"	1		
07	1.147,81	"	"	1		
08	1.147,81	"	"	1		
09	1.147,81	"	"	1		
10	1.147,81	"	"	1		
11	1.147,81	"	"	1		
12	1.147,81	573,91	"	1		
Total	14.212,52	1.147,82		12		

DOMICILIO DE RADICACION DE LA FUENTE DOCUMENTAL: Ciudad Universitaria  
Pabellón III, P.B, Nuñez

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

#### FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

Apellido y Nombres del Empleador o Autorizado **BADURINA, Maria Rosa**

Tipo y número de Documento: **D.N.I Nº: 11.361.157**

Firma del Empleador o Autorizado

Lugar y Fecha: **18 OCT 2011**

#### CERTIFICACION DE FIRMA

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

**BADURINA, Maria Rosa**

quien acredita su identidad con:

**D.N.I Nº: 11.361.157**

expedida por:

Lugar y Fecha:

**MARIA ROSA BADURINA**  
Firma y Sello NIEVA  
18 OCT 2011  
C.A.  
Certificante

**21 OCT 2011**

**ANGES**

Razon social	Universidad de Buenos Aires-Ciclo Básico Común-	Nro. de CUIT	30-5466656-1
--------------	---	--------------	--------------

AÑO 2006		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	1.605,03	Profesor	Docente	1		
02	1.605,03	"	"	1		
03	1.605,03	"	"	1		
04	1.605,03	"	"	1		
05	1.732,26	"	"	1		
06	1.941,26	970,63	"	1		
07	2.068,48	"	"	1		
08	2.275,35	"	"	1		
09	2.275,35	"	"	1		
10	2.275,35	"	"	1		
11	2.275,35	"	"	1		
12	2.564,50	1.282,26	"	1		
Total	23.828,02	2.252,89		12		

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

AÑO 2007		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	2.564,50	Profesor	Docente	1		
02	2.564,50	"	"	1		
03	2.672,93	"	"	1		
04	2.672,93	"	"	1		
05	2.672,93	"	"	1		
06	3.306,53	1.494,87	"	1		
07	2.989,73	"	"	1		
08	2.989,73	"	"	1		
09	3.306,53	"	"	1		
10	3.306,53	"	"	1		
11	3.306,53	"	"	1		
12	3.306,53	1.653,27	"	1		
Total	35.659,90	3.148,14		12		

AÑO 2008		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	3.699,50	Profesor	Docente	1		
02	3.699,50	"	"	1		
03	3.699,50	"	"	1		
04	4.069,45	"	"	1		
05	4.069,45	"	"	1		
06	4.069,45	2.034,73	"	1		
07	4.069,45	"	"	1		
08	4.456,05	"	"	1		
09	4.456,05	"	"	1		
10	4.456,05	"	"	1		
11	4.456,05	"	"	1		
12	4.795,81	2.397,91	"	1		
Total	49.996,31	4.432,64		12		

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

AÑO 2009		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	4.883,81	Profesor	Docente	1		
02	4.883,81	"	"	1		
03	4.883,81	"	"	1		
04	4.883,81	"	"	1		
05	5.747,03	"	"	1		
06	5.629,05	2.770,53	"	1		
07	5.629,05	"	"	1		
08	5.629,05	"	"	1		
09	5.629,05	"	"	1		
10	5.629,05	"	"	1		
11	5.629,05	"	"	1		
12	5.629,05	2.770,53	"	1		
Total	64.685,62	5.541,06		12		





**ANSES**

PS.6.1

AFECTACION DE HABERES

Nº de CUIL  
20-17106570-5**EMPLEADOR CERTIFICANTE**

APELLIDO Y NOMBRE/S O RAZON SOCIAL

Universidad de Buenos Aires - Ciclo Básico Común

DOMICILIO

Ciudad Universitaria - Pabellón III

NUMERO  
S/NPISO  
P.B.

DPTO.

LOCALIDAD Y PROVINCIA

Capital Federal

COD.POSTAL

1428

Nº C.U.I.T.

30-54666656-1

ACTIVIDAD

Educación

TEL.:

4789-6053

**DATOS DEL AFILIADO**APELLIDO Y NOMBRE COMPLETOS: **GARCIA GOMEZ, Andrés**TIPO Y Nº DE DOCUMENTO: **D.N.I. Nº 17.106.570**CARGO QUE DESEMPEÑABA EN EL MOMENTO DE DEJAR EL SERVICIO: **Profesor Adjunto Semlexclusivo.-****EXTINCION DEL CONTRATO DE TRABAJO O RELACION DE EMPLEO PUBLICO**Si ☐ Fecha        /        /        No ☒**DETALLE DE LOS CREDITOS PENDIENTES CON AFECTACION DE BIENES**

FECHA DE AFECTACION			CREDITO Nº	CREDITO ORDINARIO O EXTRAORD.	AMORTIZACION MENSUAL	IMPORTE DEL CREDITO	SE EFECTUAN DESC. POR PLANILLA (SI-NO)
DIA	MES	AÑO					

CREDITO Nº	<u>      </u>	FALTA	<u>      </u>	CUOTAS DE \$	<u>      </u>	Y UNA FINAL DE \$	<u>      </u>
CREDITO Nº	<u>      </u>	FALTA	<u>      </u>	CUOTAS DE \$	<u>      </u>	Y UNA FINAL DE \$	<u>      </u>
CREDITO Nº	<u>      </u>	FALTA	<u>      </u>	CUOTAS DE \$	<u>      </u>	Y UNA FINAL DE \$	<u>      </u>
CREDITO Nº	<u>      </u>	FALTA	<u>      </u>	CUOTAS DE \$	<u>      </u>	Y UNA FINAL DE \$	<u>      </u>
CREDITO Nº	<u>      </u>	FALTA	<u>      </u>	CUOTAS DE \$	<u>      </u>	Y UNA FINAL DE \$	<u>      </u>

**IMPORTANTE:** INDICAR ULTIMO MES DESCONTADO**DETALLE DE LAS CUOTAS ABONADAS Y A ABONAR POR ANTICIPO DE HABER JUBILATORIO.- LEY Nº 17.423 O SIMILARES-**SE ABONARON        CUOTAS DE \$        CADA UNA A PARTIR DE       RESTAN        CUOTAS DE \$        CADA UNA.LA ULTIMA CUOTA DE \$        SE ABONARA EL MES DE        DE 19

# INFORMACION SOBRE SEGURO DE VIDA

LEY Nº 13.003

BASICO

ADICIONAL

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

LEY Nº 19.299

BASICO

ADICIONAL

SE DESCANTARON LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES HASTA EL AÑO

RENUNCIA A CONTINUAR ASEGURADO: (Decreto Reglamentario Nº 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.

CUADRO 5

CUADRO 6

CUADRO 7

APELLIDO Y NOMBRE/S DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

BADURINA, Maria Rosa

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:

D.N.I. Nº

11.361.157

Bs. As.,

8 OCT 2011

LUGAR Y FECHA

*[Firma]*  
MARIA ROSA BADURINA  
Jefe de División Asesoría Social  
Secretaría de Medicina y Administración  
FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

## 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. Nº

11.361.157

EXPEDIDA POR:

Bs. As.,

21 OCT 2011

LUGAR Y FECHA

*[Firma]*  
MARIA DEL VALLE NIEVA  
LEGADO Nº 304.418  
C.A.P.A. - G.U.C.A.  
**ANSES**  
FIRMA Y SELLO ACLARATORIO DE LA AUTORIDAD CERTIFICANTE

(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.

**Form.**  
**PS.6.285**

**Frente**

N° CUIT  
3 0 5 4 6 6 6 6 5 6 1

Empleador Certificante				Domicilio				Cód. Postal			
UBA CBC				Ciudad Universitaria Pabellón III Planta Baja				1   4   2   8			
Nº de Inscripción/Cuenta				Teléfono				Fuente Documental			
7000				4   7   8   9   6   0   0   0				Legajo Personal y Libros de Sueldos			

Apellido/s y Nombre/s										N° CUIL									
GARCIA GOMEZ, Andrés										2   0   1   7   1   0   6   5   7   0   5									
Afiliado N°					Tipo y N° de Documento					Cl. N°					Expedida por				
17.106.570					D   U   1   7   1   0   6   5   7   0														

[illegible]

(1) Detallar todos los cargos desempeñados como docente universitario, con indicación de cuales de ellos fueron prestados al frente de alumnos.

**(2) Indicar cantidad de horas cátedras semanales**

Total Nominal	19	04	28
Total Interrupciones (2)	00	02	00
Total Servicios	19	02	28

fueron prestados al frente de alumnos.



**Certificación del Cargo a considerar para la Aplicación de la Ley 26.508****1 - Cargo al Cese Desempeñado Durante 60 Meses Continuos o Discontinuos o Cargos Desempeñados en los Últimos 60 Meses (\*\*)**

Cargo	Remuneración Actualizada
Profesor Adjunto Semiexclusivo + Profesor Adjunto Simple	\$13026,42

**2 - Mejor Cargo Desempeñado durante 60 Meses Continuos en Toda la Carrera Docente Universitaria (\*\*\*)**

Cargo	Remuneración Actualizada
Profesor Adjunto Semiexclusivo + Profesor Adjunto Simple	\$13026,42

**Importante:** 1 - La Información requerida en los rubros 1 y 2 deberá cumplimentarse en todos los casos.

2 - Si el cargo desempeñado fuera el de Rector, Vicerector, Decano o Vicedecano, la remuneración a certificar será la correspondiente al cargo de Profesor Titular Dedicación Exclusiva (art. 1º del Anexo de la Res. SSS N° 33/09)

3 - Si se trata de una solicitud formulada por un beneficiario la/las remuneraciones a consignar en los Rubros 1 y 2 serán las vigentes a la fecha de emisión de la certificación.

**Domicilio de Radicación de la Fuente Documental:** Ciudad Universitaria Pabellón III Planta Baja - Dirección de Personal

**Observaciones:** Los años certificados son al frente de curso

El docente presentó la renuncia condicionada al 02/02/2012

Licencia sin goce de sueldo del 16/05/1996 al 16/07/1996

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiéndose cumplimentar 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 documento.

Lugar y Fecha

16 AGO 2013

Firma y Sello Aclaratorio del Funcionario Autorizado ROSA BADURMIA  
Tipo y N° de Documento DU. 11.361.157

(\*\*) Deberá certificarse la remuneración total sin sujeción a la Base Máxima Imponible (art.9 Ley N° 24.241) conforme el art. 2º de la Ley 26.508, reglamentado por el art. 6º de la Res. SSS N° 33/09, excepto el sueldo anual complementario, sujeta al pago de aportes, por el desempeño del cargo ocupado al momento del cese definitivo en el servicio, siempre que el mismo se hubiera desempeñado durante un período mínimo de 60 meses continuos o discontinuos. Si no se alcanzare dicho mínimo, se certificará la remuneración actualizada de los cargos desempeñados en los últimos 60 meses. En ambos casos las remuneraciones a certificar incluirán la totalidad de los conceptos de carácter remunerativo.

(\*\*\*) Deberá certificarse la remuneración actualizada del mejor cargo desempeñado durante 60 meses continuos de toda su Carrera Docente Universitaria.



**Form.**  
**PS.6.285**

**Frente**


N° CUIT

3 0 5 4 6 6 6 6 5 6 1

Empleador Certificante										Domicilio										Cód. Postal									
UBA CBC										Ciudad Universitaria Pabellón III Planta Baja										1   4   2   8									
N° de Inscripción/Cuenta										Teléfono										Fuente Documental									
7000										4   7   8   9   6   0   0   0										Legajo Personal y Libros de Sueldos									

Apellido/s y Nombre/s										N° CUIL									
GARCIA GOMEZ, Andrés										2 0 1 7 1 0 6 5 7 0 5									
Afiliado N°					Tipo y N° de Documento					Cl. N°					Expedida por				
17.106.570					D U 1 7 1 0 6 5 7 0														

[illegible]

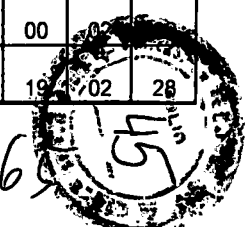
<p>(1) Detallar todos los cargos desempeñados como docente universitario, con indicación de cuales de ellos fueron prestados al frente de alumnos.</p> <p>(2) Indicar cantidad de horas cátedras semanales</p> 	Total Nominal	19	04	28
	Total Interrupciones (2)	00	00	00
	Total Servicios	19	02	28

ario, con indicación de cuales de ellos fueron prestados al fren

*[Handwritten signature]*

18/10/13

265



## Certificación del Cargo a considerar para la Aplicación de la Ley 26.508

## 1 - Cargo al Cese Desempeñado Durante 60 Meses Continuos o Discontinuos o Cargos Desempeñados en los Últimos 60 Meses (\*\*)

Cargo	Remuneración Actualizada
Profesor Adjunto Semiexclusivo + Profesor Adjunto Simple	\$10964,76

## 2 - Mejor Cargo Desempeñado durante 60 Meses Continuos en Toda la Carrera Docente Universitaria (\*\*\*)

Cargo	Remuneración Actualizada
Profesor Adjunto Semiexclusivo + Profesor Adjunto Simple	\$10964,76

Importante: 1 - La Información requerida en los rubros 1 y 2 deberá cumplimentarse en todos los casos.

2 - Si el cargo desempeñado fuera el de Rector, Vicerector, Decano o Vicedecano, la remuneración a certificar será la correspondiente al cargo de Profesor Titular Dedicación Exclusiva (art. 1º del Anexo de la Res. SSS Nº 33/09)

3 - Si se trata de una solicitud formulada por un beneficiario la/las remuneraciones a consignar en los Rubros 1 y 2 serán las vigentes a la fecha de emisión de la certificación.

Domicilio de Radicación de la Fuente Documental: Ciudad Universitaria Pabellón III Planta Baja - Dirección de Personal

Observaciones: Los años certificados son al frente de curso

El docente presentó la renuncia condicionada al 02/02/2012. A pedido del interesado se extiende el presente indicando sueldos de Febrero/2012

Licencia sin goce de sueldo del 16/05/1996 al 16/07/1996

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiéndose cumplimentar 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 documento.

Lugar y Fecha

07 OCT 2013

Firma y Sello Aclaratorio del Funcionario Autorizado

Tipo y Nº de Documento

DU. 11.361.157

(\*\*) Deberá certificarse la remuneración total sin sujeción a la Base Máxima Imponible (art.9 Ley Nº 24.241) conforme el art. 2º de la Ley 26.508, reglamentado por el art. 6º de la Res. SSS Nº 33/09, excepto el sueldo anual complementario, sujeta al pago de aportes, por el desempeño del cargo ocupado al momento del cese definitivo en el servicio, siempre que el mismo se hubiera desempeñado durante un periodo mínimo de 60 meses continuos o discontinuos. Si no se alcanzare dicho mínimo, se certificará la remuneración actualizada de los cargos desempeñados en los últimos 60 meses. En ambos casos las remuneraciones a certificar incluirán la totalidad de los conceptos de carácter remunerativo.

(\*\*\*) Deberá certificarse la remuneración actualizada del mejor cargo desempeñado durante 60 meses continuos de toda su Carrera Docente Universitaria.

7.199,34

12

*[Signature]*

UNIVERSITY OF  
KANSAS  
KANSAS CITY  
MO  
KANSAS CITY  
MO  
KANSAS CITY  
MO

AÑO 2013		OFICIOS U OCUPACIÓN	Carácter de los servicios	TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO		
Remuneraciones del Afiliado (*)	S.A.C.			Meses	Días	Horas
01	7.397,87	Profesor	Docente	1		
02	7.397,87	"	"	1		
03	7.397,87	"	"	1		
04	9.737,05	"	"	1		
05	8.567,46	"	"	1		
06	8.713,65	4.312,83	"	1		
07						
08						
09						
10						
11						
12						
Total	49.211,77	4.312,83		6		

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

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

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

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

DOMICILIO DE RADICACION DE LA FUENTE DOCUMENTAL: Ciudad Universitaria

Pabellón III, P.B, Nuñez

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

El presente certificado es continuación del extendido con fecha 18/10/2011

\*Retroactivo

#### FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

Apellido y Nombres del Empleador o Autorizado BADURINA, Maria Rosa

Tipo y número de Documento: D.N.I Nº: 11.361.157

Firma del Empleador o Autorizado

Lugar y Fecha: 16 AGO 2013

#### CERTIFICACION DE FIRMA

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

BADURINA, Maria Rosa

quien acredita su identidad con:

D.N.I Nº: 11.361.157

expedida por:

Lugar y Fecha:

Firma y Sello  
 MARIA DEL VALLE NIEVA  
 LEGACIÓN Nº 304.116  
 C.A.P.A. - GUAYMA, Certificante

22 AGO. 2013

ANSES



Razon social	Universidad de Buenos Aires-Ciclo Básico Común-	Nro. de CUIT	30-54666656-1
--------------	---	--------------	---------------

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

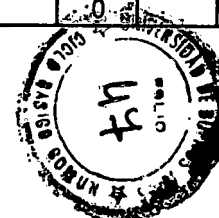
(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

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

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

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

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



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

(\*) Excluido Sueldo Anual Complementario

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

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

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

El presente certificado es continuación del extendido con fecha 18/10/2011

\*Retroactivo

**FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO**

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

Tipo y número de Documento: **D.N.I Nº: 11.361.157**

Firma del Empleador o Autorizado

*[Firma manuscrita]*

Lugar y Fecha: **16 AGO 2013**

**CERTIFICACION DE FIRMA**

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

**BADURINA, Maria Rosa**

quien acredita su identidad con: **D.N.I Nº: 11.361.157**

expedida por:

Lugar y Fecha:

**22 AGO. 2013**

Firma y Sello

**MARIA DEL VALLE NIEVA**  
Aclaración  
Certificación Nº 304.418  
C.A.P.A. - G.U.C.A.

**ANSES**

DETALLE DE AUSENCIAS Y LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO								
DESDE			HASTA			TIEMPO		
D	M	A	D	M	A	A	M	D
Tiempo Total								

N° de CUIL

Apellido y Nombre

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

**ANSES**

PS.6.1

AFECTACION DE HABERES

N° de CUIL  
20-17106570-5**EMPLEADOR CERTIFICANTE**

APELLIDO Y NOMBRE/S O RAZON SOCIAL

Universidad de Buenos Aires - Ciclo Básico Común

DOMICILIO

Ciudad Universitaria - Pabellón III

NUMERO  
S/NPISO  
P.B.

DPTO.

LOCALIDAD Y PROVINCIA

Capital Federal

COD. POSTAL

1428

N° C.U.I.T.

30-54666656-1

ACTIVIDAD

Educación

TEL.:

4789-6053

**DATOS DEL AFILIADO**APELLIDO Y NOMBRE COMPLETOS: **GARCIA GOMEZ, Andrés**TIPO Y N° DE DOCUMENTO: **D.N.I. N° 17.106.570**CARGO QUE DESEMPEÑABA EN EL MOMENTO DE DEJAR EL SERVICIO: **Profesor Adjunto Semiexclusivo.-****EXTINCION DEL CONTRATO DE TRABAJO O RELACION DE EMPLEO PUBLICO**Si ☐ Fecha  /  /  No ☒**DETALLE DE LOS CREDITOS PENDIENTES CON AFECTACION DE BIENES**

FECHA DE AFECTACION			CREDITO N°	CREDITO ORDINARIO O EXTRAORD.	AMORTIZACION MENSUAL	IMPORTE DEL CREDITO	SE EFECTUAN DESC. POR PLANILLA (SI-NO)
DIA	MES	AÑO					

CREDITO N°	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA	CUOTAS DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>	Y UNA FINAL DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>
CREDITO N°	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA	CUOTAS DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>	Y UNA FINAL DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>
CREDITO N°	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA	CUOTAS DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>	Y UNA FINAL DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>
CREDITO N°	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA	CUOTAS DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>	Y UNA FINAL DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>
CREDITO N°	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA	CUOTAS DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>	Y UNA FINAL DE \$	<input checked="" type="checkbox"/>

**IMPORTANTE:** INDICAR ULTIMO MES DESCONTADO**DETALLE DE LAS CUOTAS ABONADAS Y A ABONAR POR ANTICIPO DE HABER JUBILATORIO.- LEY N° 17.423 O SIMILARES-**SE ABONARON  CUOTAS DE \$  CADA UNA A PARTIR DE RESTAN  CUOTAS DE \$  CADA UNA.LA ULTIMA CUOTA DE \$  SE ABONARA EL MES DE  DE 19

# INFORMACION SOBRE SEGURO DE VIDA

## LEY Nº 13.003

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

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

## LEY Nº 19.299

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

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

RENUNCIA A CONTINUAR ASEGURADO: (Decreto Reglamentario Nº 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.

CUADRO 5

CUADRO 6

CUADRO 7

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

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

**Bs. As., 16 AGO 2013**  
LUGAR Y FECHA

*[Firma manuscrita]*  
FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

## 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. Nº 11.361.157**

EXPEDIDA POR: \_\_\_\_\_  
**Bs. As., 12 AGO. 2013**  
LUGAR Y FECHA

**MARIA DEL VALLE NIEVA**  
LEGAJO Nº 304.416  
C.A.P.A. - G.U.C.A.  
FIRMA Y SELLO ACLARATORIO DE LA AUTORIDAD CERTIFICANTE

(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.



**Form.**  
**PS.6.285**

## Frente

**Nº CUIT**

3 0 5 4 6 6 6 6 5 6 1

<b>Empleado Certificante</b> <b>UBA CBC</b>				<b>Domicilio</b> <b>Ciudad Universitaria Pabellón III Planta Baja</b>				<b>Cód. Postal</b> <b>1 4 2 8</b>	
<b>Nº de Inscripción/Cuenta</b> <b>7000</b>				<b>Teléfono</b> <b>4 7 8 9 6 0 0 0</b>		<b>Fuente Documental</b> <b>Legajo Personal y Libros de Sueldos</b>			

Apellido/s y Nombre/s										N° CUIL									
GARCIA GOMEZ, Andrés										2   0   1   7   1   0   6   5   7   0   5									
Afiliado N°					Tipo y N° de Documento					Cl. N°					Expedida por				
17.106.570					D   U   1   7   1   0   6   5   7   0														

[illegible]

(1) Detallar todos los cargos desempeñados como docente universitario, con indicación de cuales de ellos fueron prestados al frente de alumnos.

**(2) Indicar cantidad de horas cátedras semanales**

Total Nominal	19	04	28
Total Interrupciones (2)	00	00	00
Total Servicios	19	02	28

**Certificación del Cargo a considerar para la Aplicación de la Ley 26.508****1 - Cargo al Cese Desempeñado Durante 60 Meses Continuos o Discontinuos o Cargos Desempeñados en los Últimos 60 Meses (\*\*)**

Cargo	Remuneración Actualizada
<b>Profesor Adjunto Semiexclusivo</b>	<b>\$6007,45</b>

**2 - Mejor Cargo Desempeñado durante 60 Meses Continuos en Toda la Carrera Docente Universitaria (\*\*\*)**

Cargo	Remuneración Actualizada
<b>Profesor Adjunto Semiexclusivo + Profesor Adjunto Simple</b>	<b>\$9011,18</b>

**Importante:** 1 - La Información requerida en los rubros 1 y 2 deberá cumplimentarse en todos los casos.

2 - Si el cargo desempeñado fuera el de Rector, Vicerector, Decano o Vicedecano, la remuneración a certificar será la correspondiente al cargo de Profesor Titular Dedicación Exclusiva (art. 1º del Anexo de la Res. SSS Nº 33/09)

3 - Si se trata de una solicitud formulada por un beneficiario la/las remuneraciones a consignar en los Rubros 1 y 2 serán las vigentes a la fecha de emisión de la certificación.

**Domicilio de Radicación de la Fuente Documental:** Ciudad Universitaria Pabellón III Planta Baja - Dirección de Personal

**Observaciones:** Los años certificados son al frente de curso

El docente presentó la renuncia condicionada al 02/02/2012. A pedido del interesado se extiende el presente indicando sueldos de Febrero/2012

Licencia sin goce de sueldo del 16/05/1996 al 16/07/1996

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiéndose cumplimentar 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 documento.

Lugar y Fecha

**22 DIC 2013**

Firma y Sello Aclaratorio del Funcionario Aclaratorio  
 Tipo y Nº de Documento **DU. 11.361.157**  
**MARIA ROSA BADURINA**  
 Jefa de División Asistencia Social  
 Secretario de Hacienda y Administración

(\*\*) Deberá certificarse la remuneración total sin sujeción a la Base Máxima Imponible (art.9 Ley Nº 24.241) conforme el art. 2º de la Ley 26.508, reglamentado por el art. 6º de la Res. C-108/09, excepto el sueldo anual complementario, sujeta al pago de aportes, por el desempeño del cargo ocupado al momento del cese definitivo en el servicio, siempre que el mismo se hubiera desempeñado durante un período mínimo de 60 meses continuos o discontinuos. Si no se alcanzare dicho mínimo, se certificará la remuneración actualizada de los cargos desempeñados en los últimos 60 meses. En ambos casos las remuneraciones a certificar incluirán la totalidad de los conceptos de carácter remunerativo.

(\*\*\*) Deberá certificarse la remuneración actualizada del mejor cargo desempeñado durante 60 meses continuos de toda su Carrera Docente Universitaria.