

Expediente N° 2016-10-1-000023

Tipo de Expediente: Arancel

Oficina origen: Directorio / RRHH

Asunto: PRUEBA DE EXPEDIENTE

Fecha iniciado:	13/01/2016 12:38:39	Fecha valor:	13/01/2016
Prioridad:	Normal	Acceso restringido:	No
Clasificación:	Público	Elemento físico:	No



Universidad Nacional de Villa María
Dirección General de Recursos Humanos

FICHA DE DATOS PERSONALES

FOTO 4 x 4	APELLIDOS																																																																							
	NOMBRES																																																																							
	DOCUMENTO TIPO N°C.U.I.L.....																																																																							
	NACIDO EL/...../..... LUGAR.....																																																																							
	NACIONALIDADNATURALIZADO																																																																							
NOMBRE DEL PADRE																																																																								
APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE																																																																								
DOMICILIO REAL:																																																																								
CALLEN°PISODPTO																																																																								
CASA N°																																																																								
BARRIO.....CÓDIGO POSTAL LOCALIDAD																																																																								
PROVINCIA TELÉFONO PARTICULAR (.....)																																																																								
RESIDENCIA EN VILLA MARÍA																																																																								
CALLE N°PISO DPTO CASA N°																																																																								
BARRIOTELÉFONO																																																																								
<table><thead><tr><th rowspan="2">ESTUDIOS REALIZADOS</th><th rowspan="2">SI</th><th rowspan="2">NO</th><th colspan="2">Completo</th><th rowspan="2">Años que cursó</th><th rowspan="2">Título/Carrera</th><th rowspan="2">Institución que lo expide</th></tr><tr><th>SI</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Primarios</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Secundario</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Terciarios</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Universitario</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Especialista en:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Maestría en:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Doctorado en:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>							ESTUDIOS REALIZADOS	SI	NO	Completo		Años que cursó	Título/Carrera	Institución que lo expide	SI	NO	Primarios								Secundario								Terciarios								Universitario								Especialista en:								Maestría en:								Doctorado en:							
ESTUDIOS REALIZADOS	SI	NO	Completo		Años que cursó	Título/Carrera				Institución que lo expide																																																														
			SI	NO																																																																				
Primarios																																																																								
Secundario																																																																								
Terciarios																																																																								
Universitario																																																																								
Especialista en:																																																																								
Maestría en:																																																																								
Doctorado en:																																																																								
<table><thead><tr><th>IDIOMAS</th><th>INGLÉS</th><th>FRANCÉS</th><th>ITALIANO</th><th>ALEMAN</th><th>OTRO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Habla.....</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>							IDIOMAS	INGLÉS	FRANCÉS	ITALIANO	ALEMAN	OTRO	Habla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
IDIOMAS	INGLÉS	FRANCÉS	ITALIANO	ALEMAN	OTRO																																																																			
Habla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			

Lee ó Traduce.....

.....

D.G.R.H. 002/A



Universidad Nacional de Villa María
Dirección General de Recursos Humanos

DECLARACIÓN JURADA GRUPO FAMILIAR

AGENTE APELLIDO Y NOMBRES	LEGAJO N°
---------------------------------	-----------

ESTADO CIVIL:				
SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>
DATOS DEL CÓNYUGE:				
APELLIDO Y NOMBRES				
DOCUMENTO TIPO N° NACIDO EL/...../.....				
A los fines del Artículo 10 inciso (K) del Decreto 3413/79 DECLARO BAJO JURAMENTO que los familiares a mi cargo son los siguientes:				
APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
OBSERVACIONES:				
.....				
.....				
LUGAR Y FECHA: VILLA MARÍA DE DE 20.....				
FIRMA:				
ACLARACIÓN:				

D.G.R.H. 002/B



VILLA MARÍA,/...../.....

A la
Dirección General de Recursos Humanos
UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA
Presente

Por la presente manifiesto que a todos los efectos de la relación laboral que me liga con esa Universidad Nacional de Villa María constituyo domicilio en:

Calle:N°

Piso: Dpto..... Casa N° Barrio:

Localidad: C.P.Provincia:

Teléfono:..... Celular

e-mail.....

En dicho lugar deberán ser consideradas válidas todo tipo de notificación, judicial o extrajudicial, que se originen como consecuencia de la relación a que aludo en el primer párrafo de la presente, hasta tanto no constituya formalmente otro domicilio ante esa Universidad.

Firma del agente

Aclaración:



DECLARACIÓN JURADA SOBRE INCOMPATIBILIDADES PARA EL DESEMPEÑO DE UNA FUNCIÓN O CARGO REMUNERADO O PRESTACIÓN CONTRACTUAL, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA
- Decreto N° 894/2001 -

Declaro bajo juramento **SI - NO** (Tachar lo que no corresponda) estar incurso en la incompatibilidad establecida por el artículo primero del Decreto N° 894 del 11 de julio de 2001:
“El desempeño de una función o cargo remunerado o prestación contractual con o sin relación de dependencia, bajo cualquier modalidad en la Administración Pública Nacional, es incompatible con la percepción de un beneficio previsional o haber de retiro proveniente de cualquier régimen de previsión nacional, provincial o municipal”.

Lugar y fecha _____	Firma _____	Aclaración _____	Doc. Tipo y N° _____
----------------------------	--------------------	-------------------------	-----------------------------

Si estuviere incurso en la incompatibilidad establecida por el artículo primero del Decreto N° 894/2001, deberá formular la opción prevista por el artículo segundo del citado Decreto (**Firmar la opción correspondiente**)

Declaro OPTAR por :

- a) La percepción del haber previsional o de retiro y continuar en el desempeño de la función, cargo o relación contractual, sin percibir la contraprestación correspondiente.**

Firma _____	Aclaración _____
--------------------	-------------------------

- b) Solicitar la suspensión del haber previsional o de retiro durante el desempeño del cargo, función o contrato, comprometiéndome a presentar la documentación correspondiente, que avala tal situación.**

Firma _____	Aclaración _____
--------------------	-------------------------



DECLARACIÓN JURADA SOBRE INCOMPATIBILIDADES

Quien suscribe _____, con Documento Nacional de Identidad N° _____, declaro bajo juramento no encontrarme comprendido en las normas sobre incompatibilidades, inhabilidades y conflicto de intereses para el ejercicio del cargo, a saber:

1. Incompatibilidades y Conflicto de Intereses arts. 13 a 16 - Ley 25.188 de "Ética Pública"

DECRETO N° 85/02 -

Artículo 1°: Las designaciones que se sometan a la firma del Primer Magistrado deberán ser acompañadas de un **certificado de antecedentes, actualizado**, con relación al interesado, **expedido por la Dirección Nacional de Reincidencia del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS** y de la pertinente declaración jurada del funcionario a designar, suscripta por el interesado con ajuste a las disposiciones que, en materia de incompatibilidades y conflicto de intereses, contienen los artículos 13 a 16 de la Ley N° 25.188 y sus modificaciones.

2. Ley N° 25.188, modificada por el Decreto N° 862/2001

ARTICULO 13. - Es incompatible con el ejercicio de la función pública:

- a) Dirigir, administrar, representar, patrocinar, asesorar, o, de cualquier otra forma, prestar servicios a quien gestione o tenga una concesión o sea proveedor del Estado, o realice actividades reguladas por éste, siempre que el cargo público desempeñado tenga competencia funcional directa, respecto de la contratación, obtención, gestión o control de tales concesiones, beneficios o actividades;
- b) Ser proveedor por sí o por terceros de todo organismo del Estado en donde desempeñe sus funciones.

ARTICULO 14. - Aquellos funcionarios que hayan tenido intervención decisoria en la planificación, desarrollo y concreción de privatizaciones o concesiones de empresas o servicios públicos, tendrán vedada su actuación en los entes o comisiones reguladoras de esas empresas o servicios, durante TRES (3) años inmediatamente posteriores a la última adjudicación en la que hayan participado.

ARTICULO 15. - En el caso de que al momento de su designación el funcionario se encuentre alcanzado por alguna de las incompatibilidades previstas en el Artículo 13, deberá:

- a) Renunciar a tales actividades como condición previa para asumir el cargo.
- b) Abstenerse de tomar intervención, durante su gestión, en cuestiones particularmente relacionadas con las personas o asuntos a los cuales estuvo vinculado en los últimos TRES (3) años o tenga participación societaria.

ARTICULO 16. - Estas incompatibilidades se aplicarán sin perjuicio de las que estén determinadas en el régimen específico de cada función.

3. Ley de Empleo Público N° 25.164 y su Decreto reglamentario N° 1421/02.

Artículo 5° - Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior no podrá ingresar:

- a) El que haya sido condenado por delito doloso, hasta el cumplimiento de la pena privativa de la libertad, o el término previsto para la prescripción de la pena;

- b) El condenado por delito en perjuicio de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal;
- c) El que tenga proceso penal pendiente que pueda dar lugar a condena por alguno de los delitos enunciados en los incisos a) y b) del presente artículo;



- d) El inhabilitado para el ejercicio de cargos públicos;
- e) El sancionado con exoneración o cesantía en la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal, mientras no sea rehabilitado conforme lo previsto en el artículo 32 y 33 de la presente ley;
- f) El que tenga la edad prevista en la ley previsional para acceder al beneficio de la jubilación o el que gozare de un beneficio previsional, salvo aquellas personas de reconocida aptitud, las que no podrán ser incorporadas al régimen de estabilidad;
- g) El que se encuentre en infracción a las leyes electorales o de servicio militar; en el supuesto del artículo 19 de la ley 24.429;
- h) El deudor moroso del Fisco Nacional mientras se encuentre en esa situación;
- i) Los que hayan incurrido en actos de fuerza contra el orden institucional y el sistema democrático, conforme lo previsto en el artículo 36 de la Constitución Nacional y el Título X del Código Penal, aún cuando se hubieren beneficiado por el indulto o la condonación de la pena.

4. Régimen de Incompatibilidad Decreto1470/1998 y Resolución Rectoral Nº373/2000

ARTICULO 1º) En la **Universidad Nacional de Villa María** ningún funcionario o docente, cualquiera sea la condición de revista, podrá acumular funciones, cargos y/o empleos, públicos o privados, que impliquen en conjunto una prestación superior a las cincuenta (50) horas semanales.---

FIRMA	ACLARACIÓN	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO
-------	------------	------------------------



VILLA MARÍA,/...../.....

A la
UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA

Por la presente me notifico:

- a. Que debo comunicar por cualquier medio mis inasistencias a la Dependencia donde presto servicios **dentro de la primera hora** en que se inicia la jornada laboral y a **la Dirección Gral de Recursos Humanos si la inasistencia fuere por razones de salud propias o de familiares declarados a los fines de que se realice la Auditoría médica correspondiente.**
- b. Que debo solicitar la justificación de inasistencias ante la Dirección General de Recursos Humanos dentro del primer día de reintegro a mis tareas.
- c. Que debo presentar ante la Dirección General de Recursos Humanos los comprobantes que acrediten las causas de mis pedidos de licencia dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a los hechos que los originaron; o **justificación de inasistencia dentro de las 24 hs. de producida la misma.**

Datos indispensables para la aceptación del Certificado médico: **Fecha y hora de atención, nombre del paciente o agente**, si fuera familiar a cargo bajo el cual queda su atención; **diagnóstico, firma y sello del médico.**

- d. Que estando en uso de **licencias por razones de salud** propias o de familiar declarado, **no podré ausentarme de mi lugar de residencia** o del familiar enfermo sin autorización del servicio médico.
- e. Que la Universidad Nacional de Villa María cuenta con el servicio de Auditorías Médicas para el control de ausentismo y justificación de inasistencias por razones de salud.
- f. Que debo solicitar las **licencias extraordinarias** a que pudiera tener derecho ante la Dirección General de Recursos Humanos, autorizada por el Responsable de la Dependencia donde presto servicios, con la siguiente anticipación:
 - f.1.- Dos (2) días hábiles si el período de licencia no excede de dos (2) días hábiles.
 - f.2.- Cinco (5) días hábiles si el período de licencia es de más de dos (2) y hasta diez (10) días hábiles.
 - f.3.- Diez (10) días hábiles si el período de licencia es por más de diez (10) días hábiles.

Así también presto mi expresa conformidad para que se efectúe el descuento de haberes que correspondiera a mis inasistencias o licencias en el caso de no proceder en la forma indicada más arriba.

Firma del agente

D.G.R.H. 005

Aclaración:



VILLA MARÍA,/...../.....

A la
UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA

Por la presente me notifico:

- a. Que debo comunicar por cualquier medio mis inasistencias a la Dependencia donde presto servicios **dentro de la primera hora** en que se inicia la jornada laboral y a **la Dirección Gral de Recursos Humanos si la inasistencia fuere por razones de salud propias o de familiares declarados a los fines de que se realice la Auditoría médica correspondiente.**
- b. Que debo solicitar la justificación de inasistencias ante la Dirección General de Recursos Humanos dentro del primer día de reintegro a mis tareas.
- c. Que debo presentar ante la Dirección General de Recursos Humanos los comprobantes que acrediten las causas de mis pedidos de licencia dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a los hechos que los originaron; o **justificación de inasistencia dentro de las 24 hs. de producida la misma.**

Datos indispensables para la aceptación del Certificado médico: **Fecha y hora de atención, nombre del paciente o agente**, si fuera familiar a cargo bajo el cual queda su atención; **diagnóstico, firma y sello del médico.**

- d. Que estando en uso de **licencias por razones de salud** propias o de familiar declarado, **no podré ausentarme de mi lugar de residencia** o del familiar enfermo sin autorización del servicio médico.
- e. Que la Universidad Nacional de Villa María cuenta con el servicio de Auditorías Médicas para el control de ausentismo y justificación de inasistencias por razones de salud.
- f. Que debo solicitar las **licencias extraordinarias** a que pudiera tener derecho ante la Dirección General de Recursos Humanos, autorizada por el Responsable de la Dependencia donde presto servicios, con la siguiente anticipación:
 - f.1.-** Dos (2) días hábiles si el período de licencia no excede de dos (2) días hábiles.
 - f.2.-** Cinco (5) días hábiles si el período de licencia es de más de dos (2) y hasta diez (10) días hábiles.
 - f.3.-** Diez (10) días hábiles si el período de licencia es por más de diez (10) días hábiles.

Así también presto mi expresa conformidad para que se efectúe el descuento de haberes, que correspondiera a mis inasistencias o licencias, en el caso de no proceder en la forma indicada más arriba.

Firma del agente

D.G.R.H. 005

Aclaración:

DDHH		EXPEDIENTE N°
		2016-10-1-000023
Oficina Actuante:	RRHH	
Fecha:	13/01/2016 12:45:21	
Tipo:	Comunicar	

Prueba de actuación.

título

Archivos Adjuntos		
#	Nombre	Convertido a PDF
1	2016-10-1-000023-Ficha_Datos_Personales.pdf	Sí

Firmante:
tramitador

