

Apertura de Legajo Personal

Te damos la bienvenida a la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UNLPam.

Instrucciones para dar inicio al trámite de **apertura de tu legajo personal**

⚠ IMPORTANTE: Si ya contás con un legajo abierto en la UNLPam, por favor avisanos respondiendo directamente a este correo.

PASO 1: Documentación requerida y formularios a completar

Adjunto a este correo encontrarás todos los formularios y las guías descriptivas necesarias para confeccionar tu legajo:

1. Documentación Personal y Académica

- **Identificación:** Fotocopia del DNI y Constancia de CUIL.
- **Antecedentes Académicos:** Fotocopias de Títulos, Certificados de Cursos, Posgrados o Seminarios.
- **Datos Bancarios:** CBU certificado por la entidad bancaria. (NO SE ACEPTARÁN OTROS)
- **Antigüedad:** Certificación de Servicios anteriores (Docentes o Nodocentes) para acreditación de antigüedad (si aplica).
- **Curriculum Vitae:** Actualizado y firmado.

2. Formularios y Declaraciones Juradas

- **Planilla de Datos Personales y Registro Personal:** Completar con datos actualizados.
- **Declaración Jurada de Cargos y Actividades:** Se puede completar el modelo editable y consultar la *Guía Paso a Paso* para completar los horarios, detalles del cargo y evitar inconsistencias o superposiciones horarias.
- **Declaración Jurada del Grupo Familiar:** Solo se pueden declarar Padre, Madre, Hermanos/as, Cónyuge e Hijos/as (a los fines de licencias por atención familiar).
- **Formulario PS261 (ANSES - SUAF):** Notificación del Régimen de Asignaciones Familiares.
- **Planilla de Afiliación SEMPRES:** Completar la primera hoja, y en la segunda únicamente el tus datos y firmar al pie (no completar la sección de afiliados/cargas en el dorso). En caso de

poseer otra obra social, adjuntar la constancia de afiliación otorgada por la misma.

- **Fichas de Seguro de Vida Obligatorio:** Completar manualmente la ficha de Seguro de Vida del Personal del Estado (Ley 13.003) y del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio (Dec. 1567/74), según las indicaciones incluidas en la guía.

PASO 2: Trámites en paralelo (Apto Médico y Antecedentes Penales)

Certificado Médico de Aptitud Física (UNLPam):

1. Realizá los análisis requeridos en la nota correspondiente, en un centro de salud público o privado a elección.
2. Contactate con la Unidad de Reconocimientos Médicos de la Universidad (vía mail a dsomsalsantarosa@gmail.com) adjuntando los estudios y la nota modelo para solicitar fecha y hora de la entrevista médica de ingreso.

- **Certificado de Antecedentes Penales (Original):**

Podés tramitarlo de manera 100% online desde la plataforma del Registro Nacional de Reincidencia (RNR) ingresando con tarjeta de débito, Clave Fiscal de AFIP o clave de ANSES (ver indicaciones en la guía).

PASO 3: Entrega de documentación

Por requerimiento institucional de la Universidad, **toda la documentación debe presentarse de manera presencial y en formato papel.**

- **Lugar de entrega:** Departamento de Personal – Facultad de Ciencias Exactas y Naturales (Avenida Uruguay N° 151)
- **Horario de Atención:** 7h a 13.3h..
- **Plazo:** Solicitamos acercar la documentación a la brevedad posible para concretar el alta administrativa. Según la resolución de designación tendrás un plazo de 10 (diez) días, caso contrario se podrá proceder a la tramitación de la baja.

Notificaciones y Trámites Adicionales

- **Correo Institucional:** Envía un correo a claudio@exactas.unlpam.edu.ar indicando tu email para ser incorporado a la lista oficial de distribuciones de la Facultad.
- **Adicional por Titulación de Posgrado:** En caso de contar con título de Especialización, Maestría o Doctorado, tramitá el cobro del adicional correspondiente enviando la solicitud a la Secretaría de Investigación, Posgrado y Extensión (cienciaytecnica@exactas.unlpam.edu.ar).

Cualquier duda o consulta, quedamos a entera disposición.

Departamento de Personal

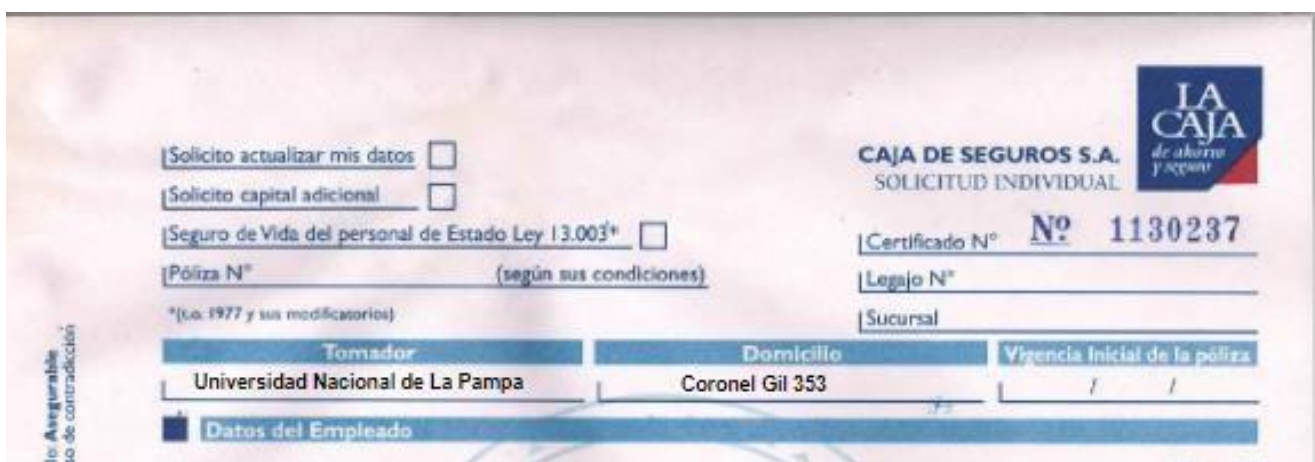
persona@exactas.unlpam.edu.ar

Facultad de Ciencias Exactas y Naturales – UNLPam

Av. Uruguay 151, Santa Rosa, La Pampa

PROCEDIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN PARA CONFECCIÓN DE LEGAJO

- 1) Planilla de Datos Personales.
- 2) Certificado Médico de Aptitud Física- Para poder obtener el Certificado de ingreso a la Universidad, se debe realizar los estudios médicos en un lugar público o privado, a elección, y luego comunicarse con Reconocimientos Médicos de la Universidad Nacional de La Pampa (dsomsalsantarosa@gmail.com) para solicitar día y hora de entrevista con el/la Médico/a, a fin de que este Organismo será quien emitirá el correspondiente certificado. (adjuntando estudios y Nota)
- 3) Certificado de Antecedentes Penales (Original).
- 4) Planilla de Registro Personal.
- 5) Constancia de CUIL.
- 6) Clave Bancaria Uniforme (CBU) – **Debe ser firmado por autoridad bancaria.**
- 7) Acta de Nacimiento.
- 8) Curriculum Vitae.
- 9) Copia del Documento Nacional de Identidad.
- 10) Títulos, Cursos, Seminarios, Jornadas, etc.
- 11) Certificación de Servicios (Originales) Docentes o Nodocentes para el cobro de Antigüedad.
- 12) Fichas de Seguro Personal del Estado Ley N° 13.003 (obligatorio) y Seguro Colectivo de Vida obligatorio Decreto N° 1567/74 (social) y Seguro Optativo. Ambos Seguros se deberán completar manualmente teniendo en cuenta lo siguiente:



El/la Asegurado/a
uso de contradicción

☐ Solicito actualizar mis datos

☐ Solicito capital adicional

☐ Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003*

Póliza N° _____ (según sus condiciones)

* (Ley 1977 y sus modificatorias)

CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL

Certificado N° **N° 1130237**

Legajo N° _____

Sucursal _____

Tomador	Domicilio	Vigencia Inicial de la póliza
Universidad Nacional de La Pampa	Coronel Gil 353	/ /

Datos del Empleado



FACULTAD DE CIENCIAS
EXACTAS Y NATURALES

Universidad Nacional de La Pampa

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

LA CAJA
de ahorro
y seguro

Legajo N° _____ Certificado N° 1762949

Empleador
Universidad Nacional de La Pampa

Calle Coronel Gil N° 353 Piso 3 Dto. _____ CP 6300
Localidad Santa Rosa Provincia La Pampa

Datos del Asegurado

ador. Triplicado Amarillo: Asegurado
a la aseguradora en caso de reclamo del
pago del
sobre el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios.

13) Declaración Jurada del Grupo Familiar, en la misma puede declarar Madre, Padre, Hijos y Cónyuge. (A los fines de inasistencia por Atención Familiar)

14) Declaración Jurada de Cargos (**Ver anexo de Instructivo para su confección**).

15) Formulario PS261 "Notificación del Régimen de Asignaciones Familiares Sistema Único de Asignaciones Familiares".

16) Planilla de Afiliación al SEMPRES: completar la primera hoja y en la segunda solo Apellido y Nombre, CUIL, Lugar y Fecha, Firma y Aclaración. E caso de tener Obra Social, adjuntar copia de Afiliación a dicha Obra Social otorgada por la misma.

✚ Informar al Departamento Técnico de la FCEyN – Agente GARCIA Adrián- (garciahor@exactas.unlpam.edu.ar) su correo electrónico para ser incorporado al correo oficial de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales para recibir todas las novedades e información de esta Unidad Académica.

✚ Tramitar ante la Secretaría de Investigación, Posgrado y Extensión (cienciaytecnica@exactas.unlpam.edu.ar) el cobro de adicional por título de posgrado: Especialización, Magíster o Doctorado, en caso de presentarlo.



DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre			
Fecha de Nacimiento			
DNI		CUIL	
Domicilio			
Localidad			
Provincia		Código Postal	
País			
Teléfono de contacto			
Correo Electrónico			
Estudios Cursados			
Universidad			
¿Realiza aportes Jubilatorios?	Si / No	¿Qué Régimen?	
¿Tiene Obra Social?	Si / No	¿Cuál?	

DATOS FAMILIARES

Apellido y Nombre del Padre			
Apellido y Nombre de la Madre			
Cónyuge			
Apellido y Nombre			
DNI		CUIL	
Fecha de Nacimiento			
Hijos/as			

Apellido y Nombre			
DNI		CUIL	
Fecha de Nacimiento			
Apellido y Nombre			
DNI		CUIL	
Fecha de Nacimiento			
Apellido y Nombre			
DNI		CUIL	
Fecha de Nacimiento			

FIRMA	
ACLARACIÓN	
DNI	

Pasos a seguir para solicitar el Certificado de ANTECEDENTES PENALES

¿Tenés Documento Nacional de Identidad emitido por la República Argentina?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Qué edad tenés?

- ☐ 18 años o más
- ☐ 16 o 17 años

Elegí una opción

Las tres primeras opciones te permiten hacerlo en línea sin moverte de tu casa.

- ☐ Tenés tarjeta de débito a tu nombre
- ☐ Tenés Banelco (Pago mis Cuentas)
- ☐ Tenés clave fiscal de AFIP (nivel de seguridad 2 o más)
- ☐ Tenés clave de la Seguridad Social (ANSES)
- ☐ No tenés tarjeta de débito, clave fiscal ni clave de la Seguridad Social

Con tarjeta de débito:

Sacá el certificado de antecedentes penales con tu tarjeta de débito

Solo Visa Electrón (Visa Débito), Maestro o Mastercard Debit.

Tenés dos tipos de trámite:

- **Muy urgente:** lo tenés en 6 horas y cuesta \$560.
- **Exprés:** lo tenés en 1 hora y cuesta \$980.

Requisitos

Tener un correo electrónico personal.

¿Cómo lo hacés?

1. Hacé clic en el botón "Comenzá ahora" e informá tu correo electrónico.
2. Vas a recibir un primer correo electrónico, hacé clic en el enlace que contiene.
3. Se va a abrir un formulario en línea, tené a mano tu DNI y tu tarjeta de débito. Cargá tus datos y elegí la modalidad del trámite (exprés o muy urgente).
4. Si realizaste un trámite anterior, saldrá el detalle, presioná el botón Continuar.
5. Completá la información de la tarjeta y hacé clic en el botón "Pagar".
6. Vas a recibir un nuevo correo electrónico de confirmación con los datos para su posterior descarga.

Comenzá ahora



NUEVA SOLICITUD

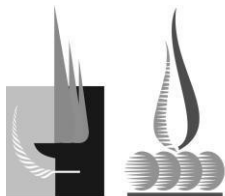
Su certificado ha sido iniciado exitosamente

Código de Solicitud
Código de Seguridad
Fecha de Entrega
Se ha enviado el mail de confirmación



Nueva solicitud





FACULTAD DE CIENCIAS
EXACTAS Y NATURALES

Universidad Nacional de La Pampa

FOTO

Registro del Personal

N° Registro:

Apellido y Nombres:

Fecha de Confección:

Fecha de Nacimiento/...../..... Sexo:

Documento: D.N.I.- LE – LC – Estado Civil:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

Grupo Sanguíneo y Factor RH:

Domicilio:

Número: Piso:Depto: Barrio:

Cód. Postal: Ciudad:Provincia:

Personas por las que percibe asignación familiar en el cargo:

.....Esposa PadreMadre Hijos.....Otros

Estudios Cursados: (Completar solo el más avanzado)

.....Primario incompleto

.....Primario Completo

.....Secundario Incompleto

.....Secundario Completo

.....Superior No Universitario Incompleto

.....Superior Universitario Completo

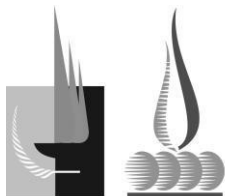
.....Universitario Incompleto

..... Universitario Completo

Título:

Universidad/Instituto/Colegio:

Fecha de Egreso



Sector Nodocente: Señalar con una X

- | | |
|---|--|
| ☐ Administrativo | ☐ Técnico |
| ☐ Servicios Generales | ☐ Médico Asistencial |
| ☐ Servicios Auxiliares | ☐ Servicios asistenciales |
| ☐ Profesional | ☐ Otras |
-

Sector Docente: Señalar con una X

- | | |
|--|--|
| ☐ De Gobierno Universitario | ☐ Investigación |
| ☐ Directiva Docente | ☐ Docencia |
| ☐ Asist. Gobierno Universitario | ☐ Docencia Investigación. |
| ☐ Enseñanza Universitaria | |

Situación de Revista

Dedicación (Horas semanales):

- ☐ Titular
- ☐ Interino

Origen del Cargo

- ☐ Designación por concurso vigente
- ☐ Designación por concurso vencido
- ☐ Designación sin concurso
- ☐ Contratado sin concurso
- ☐ Contratado por concurso

Situación Presupuestaria

- ☐ Presupuesto permanente
 - ☐ Presupuesto temporario
 - ☐ A cargo de otros
 - ☐ Ad-honorem
 - ☐ Becario
-

Fecha de Ingreso a Universidad/...../.....

Fecha de Ingreso al Cargo/...../.....

Fecha de Vencimiento Designación/...../.....

Dependencia:

Carrera:

Área:

Asignatura:

Firma del Agente.....

Original Blanco: **Caja de Seguros S.A.** Duplicado Rosa: **Empleador** Triplicado Amarillo: **Asegurable**
 La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa, y en caso de contradicción
 deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

CAJA DE SEGUROS S.A.
 SOLICITUD INDIVIDUAL



Solicito actualizar mis datos ☐

Solicito capital adicional ☐

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003* ☐

Póliza N° _____ (según sus condiciones)

*(c.a. 1977 y sus modificatorios)

Certificado N° **Nº 1130237**

Legajo N° _____

Sucursal _____

Tomador

Domicilio

Vigencia Inicial de la póliza

Datos del Empleado

Nombre y Apellido _____

Fecha de nac. ____ / ____ / ____

Sexo ☐ F ☐ M

Tipo de Doc. DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CUIL ☐ N° _____

Nacionalidad Arg. ☐ Ext. ☐

Dirección _____

N° _____

Piso _____

Dto. _____

Est. Civil ☐

Solt. ☐ Casado ☐ Div. ☐ Viu. ☐

Loc. _____

Prov. _____

C.P. _____

Tel. _____

E. de ing. al empleo ____ / ____ / ____

Capital a Asegurar _____

¿Es zurdo? SI ☐ NO ☐

Beneficiarios

Nombre y Apellido

Parentesco

Tipo y Nro. de Doc.

% de Benef.

F. de nac.

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Lugar y Fecha _____

Firma del Asegurable / Asegurado

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

Lugar y Fecha _____

Firma y Sello del Tomador

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

F: 3950 - 02-2009



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

Legaio N° _____ Certificado _____ N° 1762949

Empleador

Calle _____ IN° _____ Piso _____ Dto. _____ CP _____
Localidad _____ Provincia _____

Datos del Asegurado

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nac. ____/____/____
Tipo de Doc. DNI ☐ LC ☐ LE ☐ N° _____ Expedido por _____
CUIL _____ Estado Civil _____ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐
Domicilio Particular: Calle _____ IN° _____ Piso _____ Dto. _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____ Cód. Área _____ Tel. _____
F. de ing. al empleo Día _____ Mes _____ Año _____ Capital Asegurado _____

Beneficiarios

Apellido	Nombres	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nro. de Doc.	%	F. de Nac.
_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	____/____/____

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

Lugar y Fecha _____ Firma y Sello del Tomador



Declaración Jurada Familiar Personal

Universidad Nacional de la Pampa

Artículo 104º) CCT Decreto N° 366/06(ND) y Artículo j) CCT Docente Decreto N.º 1246/15

Legajo Nro.:

Quien suscribe,

Documento:

Declaro bajo juramento que mi grupo familiar esta constituido por:

Nº	Apellido y Nombres	CUIL	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Edad
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Fecha:

.....
Firma del declarante

La falsificación de los datos detallados en la Declaración Jurada con intención de lograr una licencia de este tipo, será sancionado conforme a las normas disciplinarias que rigen la reglamentación vigente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

DECLARACION JURADA

de los cargos y actividades que desempeñan
el causante

DOCUMENTOS
LC O LE, DNI N°
C.I. N°
POLICIA DE
FECHA DE NACIMIENTO

2	APELLIDO la mujer casada, viuda o separada, indicará el apellido de soltera	NOMBRE (Completo) Escribir todos los nombres sin abreviatura
3	DOMICILIO N°	LOCALIDAD PCIA.

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Organismo donde presta servicios

4	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC	CALLE N°	LOCALIDAD PROVINCIA
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA	INGRESO	
	HORARIO (completo o reducido) DE A	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos	
	SUELDO	LUGAR Y FECHA	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CARGO	FIRMA
		NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS	

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC	CALLE N°	LOCALIDAD PROVINCIA
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA	INGRESO	
	HORARIO (completo o reducido) DE A	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos	
	SUELDO	LUGAR Y FECHA	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CARGO	FIRMA
		NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS	

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC	CALLE N°	LOCALIDAD PROVINCIA
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA	INGRESO	
	HORARIO (completo o reducido) DE A	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos	
	SUELDO	LUGAR Y FECHA	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	CARGO	FIRMA
		NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS	

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

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

PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiro, etc.)

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

(dorso)

	DENOMINACION DEL CARGO, MATERIA Y CERTIFICACION DE HORARIO	Horas	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4								
5								
6								
7								
8								

Lugar y Fecha:

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mí leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las severas sanciones disciplinarias, así como también 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, 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

Fecha:

(*) Atento que en la 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°.....

Que se cumplen los extremos indicados en el Art.....del mismo Decreto.

Que así mismo surge que las tareas las desarrolla en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados.

Por Tanto:

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

Firma del Jefe Superior del Organismo

(*) tachar lo que corresponda

Frente 1

**Este Formulario reviste carácter de Declaración Jurada y se debe
completar en letra de imprenta, sin tachaduras ni enmiendas**

RUBRO I - DATOS DEL TRABAJADOR (a completar por todos los trabajadores con o sin cargas de familia)

Apellido y Nombre Completo		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad
Cuil	Tipo y N° Doc /CUIL		Sexo	Estado Civil
Domicilio - Calle - Numero				
Piso	Depto.	Código Postal	Localidad	Provincia
Teléfono		Dirección de Correo Electrónico		

RUBRO II - DATOS DEL EMPLEADOR

Universidad Nacional de La Pampa		CUIT 30-58676226-1		
Domicilio - Calle - Numero Coronel Gil 353				
Piso 3	Depto.	Código Postal 6300	Localidad Santa Rosa	Provincia La Pampa
Teléfono 2954 - 451625		Dirección de Correo Electrónico personal@unlpam.edu.ar		

Dejo constancia, por medio de la presente, que en el día de la fecha, me he notificado de las normas básicas y principales derechos que me asisten con relación al Régimen de Asignaciones Familiares y que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, recibiendo copia, en este acto, de la Ley N° 24.714, sus normas reglamentarias y de la Resolución ANSES N° 292/08 y sus modificatorias.

Asimismo, me notifico que los trámites para solicitar la liquidación y pago de las Asignaciones Familiares que me correspondan deberé realizarlos personalmente o a través de un "Representante" designado por mí para tal fin, dentro de los plazos que surgen del cuadro existente al dorso de la presente, en cualquiera de las Unidades de Atención de ANSES, presentando -cuando corresponda-, debidamente confeccionados, los Formularios respectivos y la documentación que en cada caso se detalla, además de la que adicionalmente me pudiera ser requerida. Tomo conocimiento, además, que cualquier reclamo deberé formularlo personalmente ante ANSES dentro de los plazos de caducidad establecidos por la normativa vigente, presentando el Formulario PS.2.72 "Reclamos Generales para los Sistemas SUAF y UVHI", debidamente cumplimentado.

Dejo constancia también, que asumo el compromiso de notificar a mi empleador toda novedad/modificación que se produzca con relación a mis cargas y relaciones de familia, acompañando la documentación que las acredite, a efectos de que éste las informe a ANSES a través del Programa de Simplificación Registral.

Me comprometo a informar a ANSES el medio de pago a través del cual deseo percibir las Asignaciones Familiares. Finalmente me notifico que todos los datos que aporte a ANSES personalmente, a través de un "Representante" o de mi Empleador, para la percepción de las Asignaciones Familiares, tendrán carácter de Declaración Jurada, reconociendo el derecho de ANSES a reclamarme su restitución o compensar automáticamente los importes con otras asignaciones en caso de percepción indebida de mi parte, sin necesidad de notificación previa por parte del citado Organismo.

Localidad, de de

Firma/Aclaración de Firma
del Trabajador

Firma/Aclaración de Firma y
Sello del Empleador



AFILIADO DIRECTO

APELLIDO		N° DE AFILIADO	
NOMBRES		N° DE CUIL /CUIT	
DOMICILIO REAL			
CALLE		NUMERO	
PISO	DPTO.	BARRIO	
LOCALIDAD		PROVINCIA	
DOMICILIO DE CONTACTO			
CALLE		NUMERO	
PISO	DPTO.	BARRIO	
LOCALIDAD		PROVINCIA	
ESTADO CIVIL		EESTADO ACTUAL	
☐ SOLTERO/A	☐ CASADO/A	☐ CONCUBINO/A	☐ SEPARACIÓN DE HECHO
☐ VIUDO/A	☐ SEPARACIÓN PERSONAL	☐ DIVORCIADO/A	
CORREO ELECTRÓNICO			
@			
TIPO DE DOCUMENTO			
☐ D.N.I	☐ L.E	TIPO	
☐ L.C.	☐ OTRO		
INDICAR			
NACIONALIDAD			
☐ ARGENTINO ☐ EXTRANJERO			
FECHA DE NACIMIENTO			
TELÉFONO			
PARTICULAR (fijo)			
LABORAL			
int.			
CELULAR			
CUIT/CUIL/CÓN YUGUE			
FECHA DE CASAMIENTO O UNIÓN EN CONCUBINATO			

CERTIFICACIÓN DE CARGO O EMPLEO

NÚMERO DE LEGAJO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE VENCIMIENTO
FUNCIONARIO	PLANTA PERMANENTE	CONTRATADO
TITULAR	INTERINO	SUPLENTE FUNCIONAL
DECRETO	RESOLUCIÓN	DISPOSICIÓN
ACTA		N°

LUGAR Y FECHA

SELLO DE LA
REPARTICIÓN

SELLO Y FIRMA
DE RESPONSABLE

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO TITULAR

Nº DE CUIL DE TITULAR

HIJOS MENORES DE 21 AÑOS

APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	Nº DEL CUIL (hijo)	Nº DEL CUIL DE MADRE	Nº DEL CUIL DE PADRE

ESPOSA/O CONCUBINA/O

APELLIDO	ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ SEP. PERSONAL ☐ VIUDO/A ☐ DIVORCIADO/A	ESTADO ACTUAL ☐ CONCUBINO/A ☐ SEP. DE HECHO	ACTIVIDAD QUE REALIZA ☐ AMA DE CASA ☐ EMPLEADO ☐ AUTÓNOMO ☐ OTRO CON O.SOCIAL ☐ OTRO SIN O.SOCIAL	ACTIVIDAD QUE REALIZA ☐ DESOCUPADO ☐ MONOTRIBUTISTA EXENTO DE O. SOCIALES ☐ MONOTRIBUTISTA ☐ JUBILADO O PENSIONADO POR R. NACIONAL	% DE APORTE ☐ 1% ☐ 6%
NOMBRES					CAPITALIZA ☐ SI ☐ NO
Nº DE CUIL	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD ☐ ARGENTINO ☐ EXTRANJERO	DESCRIBIR:		¿TIENE HIJOS EN COMUN? ☐ SI ☐ NO

HIJOS MAYORES DE 21 AÑOS

APELLIDO	ACTIVIDAD QUE REALIZA ☐ ESTUDIANTE ☐ DESOCUPADO ☐ EMPLEADO	ACTIVIDAD QUE REALIZA ☐ MONOTRIBUTISTA ☐ AUTONOMO	SOLO PARA HIJOS ESTUDIANTES DOMICILIO	NIVEL ☐ SECUNDARIO ☐ Terciario ☐ UNIVERSITARIO
NOMBRES			LOCALIDAD	PROVINCIA
Nº DE CUIL	FECHA DE NACIMIENTO	☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ UNIDA/O CONCUBINATO	TELÉFONO	AÑO QUE CURSA
DOMICILIO	LOCALIDAD	% DE APORTE ☐ 1% ☐ 6%	CORREO ELECTRÓNICO	CARRERA
	CAPITALIZA ☐ SI ☐ NO		@	

OTROS

APELLIDO	PARENTESCO	DATOS DE MADRE Nº DE CUIL	DATOS DE MADRE FECHA DE NACIMIENTO	DATOS DE PADRE Nº DE CUIL	DATOS DE PADRE FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRES	% DE APORTES ☐ 1% ☐ 6%	☐ SOLTERA/O ☐ CASADA/O ☐ UNIDA/O CONCUBINATO	ACTIVIDAD QUE REALIZA	☐ SOLTERA/O ☐ CASADA/O ☐ UNIDA/O CONCUBINATO	ACTIVIDAD QUE REALIZA
Nº DE CUIL	CAPITALIZA ☐ SI ☐ NO				

EL AFILIADO MANIFIESTA LIBREMENTE HABER COMPRENDIDO EN TODOS SUS TÉRMINOS EL CONTENIDO DEL FORMULARIO INFORMATIVO AF01.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

ACLARACIÓN