

DISPOSICIÓN UNRN-SPyGE N° 041/2024

Viedma, 20 de noviembre de 2024

VISTO, el Expediente N° 1386/2023 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO (UNRN), la necesidad de continuar con el ordenamiento de los procesos administrativos internos de esta Secretaría de Programación y Gestión Estratégica, y

CONSIDERANDO

Que, es preciso dotar al área de Gestión de Legajos y Archivo, dependiente de la Dirección de Recursos Humanos, de la normativa necesaria para su correcto funcionamiento en cuestiones referentes al Procesamiento, Control y Gestión de Altas, Bajas y Modificaciones de los Legajos y actualizaciones de cada mes.

Que es necesario registrar y procesar adecuadamente la información relativa a las relaciones laborales entre la Universidad y su personal, como así también los circuitos administrativos que esta transita.

Que la presente corresponde ser dictada por parte de esta Secretaría de Programación y Gestión Estratégica, a los fines de mejorar no solo los circuitos mencionados, sino también la eficacia y eficiencia de los procesos

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por la Resolución Rectoral N° 632/2023.

Por ello,

LA SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO DISPONE

ARTÍCULO 1º.- Establecer que los/as responsables administrativos de cada una de las áreas explicitas en el presente, tanto en la/s Sede/s y del Rectorado, tendrán la responsabilidad de cumplimentar con el procedimiento para el Procesamiento, Control y Gestión Altas, Bajas y Modificaciones de los Legajos y actualizaciones de cada mes emanado de la presente, debiendo arbitrar los medios necesarios para el

efectivo cumplimiento de los plazos y exigencias documentales que se establecen según el ANEXO I que integra la presente.

ARTÍCULO 2º.- Registrar, comunicar, cumplido archivar.

DISPOSICIÓN UNRN-SPyGE N° 041/2024

ANEXO I

PROCEDIMIENTO PARA ALTA, BAJA Y MODIFICACIONES DEL ESTADO DE LEGAJOS Y ACTUALIZACIONES

A los efectos de simplificar el Alta, Baja y modificaciones del estado de legajos y actualizaciones, tanto en el SIU Mapuche como en el Sistema de Legajo Digital, se procede a establecer el presente procedimiento.

ALTA DE LEGAJOS

1.- Cuando se proceda a designar a una/un nueva/o agente, ya sea Autoridad, Docente (permanente o interino), Nodocente (de planta permanente o transitoria), se le remitirá al ingresante, desde la dependencia respectiva Subdivisión de Gestión de Legajos y Archivo (SGLyA) de la Dirección de Recursos Humanos (DRRHH) de rectorado o Departamento de Gestión de Personal (DPGP) de Sede, por vía correo electrónico, la siguiente documentación para ser completada:

- A. Formulario de Datos Personales (FRRHH1).
- B. Declaración Jurada de Cargos y Actividades. (FRRHH2FyR).
- C. Declaración Jurada de Toma de Posesión de Cargo (FRRHH3)
- D. Declaración de Beneficiarios de Seguro de Vida (Colectivo de Vida Obligatorio y de Personal del Estado)

2.- La/El nueva/o agente deberá remitir a la SGLyA de la DRRHH de Rectorado o al DPGP de Sede, según corresponda, vía correo electrónico, los formularios remitidos firmados y completos en su totalidad, encabezando un archivo único en formato PDF, acompañados de la siguiente documentación y en este orden:

- A. Acto/documento administrativo de nombramiento.
- B. Copia documento de identidad.

- C. Constancia de C.U.I.L.
- D. Copia de certificados y/o diplomas de estudios de nivel medio cursados y/o del último nivel alcanzado. Será requisito insoslayable la presentación de la constancia de culminación de nivel medio, de la presentación del ítem i) al personal Nodocente.
- E. Constancia de aptitud psicofísica. Esta documentación solo se le requerirá al personal contratado y/o designado interinamente).
- F. Certificado de antecedentes penales Nacional.
- G. Currículum vitae actualizado y firmado de puño y letra.
- H. En caso de poseer alguna discapacidad deberá presentar el correspondiente Certificado Único de Discapacidad.

3.- Una vez que se cuente con toda la información requerida, cada Sede y/o área dependiente de la DRRHH que se encuentre a cargo de la gestión, depositará el/los archivo/s en la carpeta confeccionada para tal efecto, denominada "D.APERTURA DE LEGAJOS", dentro de las respectivas subcarpetas correspondientes al año y mes en curso, y enviar correo a legajos.rrhh@unrn.edu.ar con la/s solicitud/es de apertura que se hayan subido ese día, adjuntando cuadro con los siguientes datos:

Tip o de Do c.	N º	Apellid o	Nombr e	F. de Nac c	Nacio nalida d	Dom icilio Call e	Nº	Pi so	Dpto	Loca lidad	Cód. Post al	Géner o	Es t. Ci vil	Nº Cuil	F.de Ingres o	Escala fón	Depen dencia	e-mail personal
----------------------------	--------	--------------	------------	----------------------	----------------------	----------------------------	----	----------	------	---------------	--------------------	------------	-----------------------	------------	---------------------	---------------	-----------------	--------------------

4.- La SGLyA, dependiente de la DRRHH, procederá a:

- A. Solicitar la creación del correo Institucional al Área de Soporte.
- B. Cargar los datos, que se desprenden del archivo PDF, en el SIU MAPUCHE, completando del menú las opciones denominadas "Principales", "Adicionales" solapas "Personales" y "Discapacidades" y "Registraciones" solapa "Cuentas Bancarias" y posteriormente subirá el archivo mencionado en el Sistema de Legajo Digital con el tipo de novedad "Legajo Inicial Papel", y proceder a informar al área solicitante de la apertura, dentro de las 48 hs. hábiles de

recibida la solicitud y a las distintas áreas de interés.

- C. Remitir cuadro recibido por mail a la Tesorería General de la Universidad para que procedan a la apertura de la cuenta sueldo.

5.- Una vez notificada, la Sede solicitante, deberá proceder a cargar, en el SIU MAPUCHE, el resto de las ventanas del legajo (Grupo Familiar, Registros y Currículum) y a subir al Sistema de Legajo Digital, de poseer y corresponder, otras novedades que tenga del/la nuevo/a agente. En el caso de Rectorado, el registro en SIU-Mapuche y la carga en SLD estarán a cargo de la SGLyA.

Cuando se cargue la antigüedad en el apartado “Currículum/otras actividades”, deberá confeccionarse una intervención, a los efectos de ser adjuntada al Sistema de Legajo Digital, que indique la antigüedad que le fue reconocida y la que no al agente, y el motivo por el que fue rechazada. Al pie de la presente se adjunta modelo de intervención correspondiente.

De tal tarea se encargaran en el caso de Rectorado el Departamento de Gestión Operativa, y en caso de las Sedes el DPGP.

ACLARACIONES:

1.- Todo registro que se efectúe dentro del Sistema SIU-Mapuche deberá realizarse utilizando mayúsculas y sin acentos.

2.- Es expresa responsabilidad de los agentes mantener actualizada su base de información dentro de la Institución, por lo que es obligación de éste presentar, de producirse alguna modificación de lo oportunamente declarado, presentar la correspondiente Declaración Jurada de Actualización de datos y/o Declaración Jurada de Cargos y Actividades dentro de los 5 días hábiles de producida, remitiendo los Formularios correspondientes y competentes para el caso.

Adicionalmente, cada docente interino deberá presentar la Declaración Jurada de Cargos y Actividades (FRRHH2) cada comienzo de año al momento de realizar la toma de posesión del/de los nuevo/s cargo/s.

PERSONAL CONTRATADO:

Para los casos de personal contratado, las áreas remitentes deberán realizar la solicitud de apertura, bajo los puntos mencionados en los puntos 2 a 4, paralelamente a la solicitud de caratulación del expediente de contratación, la misma estará condicionada a la firma del contrato, por lo que la SGLyA no procederá a abrirlo hasta tanto el Sr. Rector rubrique y remita el mismo a la DRRHH.

Del Punto 1 solamente se solicitará la presentación de la siguiente documentación:

- A. Formulario de Datos Personales (FRRHH1).
- B. Declaración Jurada de Cargos y Actividades. (FRRHH2FyR).
- C. Constancia de Aptitud Física.
- D. En caso de poseer alguna discapacidad deberá presentar el correspondiente Certificado Único de Discapacidad.

BAJA DE LEGAJOS

Cuando se requiera el cambio de estado de Legajo de “Activo” a “Pasivo”, se deberá realizar la expresa solicitud de cambio del estado según:

1. Baja por Renuncia, Exoneración, Cesantía, Fallecimiento donde la UNRN debe efectuar la liquidación Final correspondiente, se concretará a solicitud exclusiva del Departamento de Liquidación de Haberes.
2. Baja por inactividad. Cuando sea efectiva la acumulación de hasta 3 semestres de inactividad de un/una agente y se efectuará a solicitud exclusiva de la Sede dependencia del agente al momento de cumplirse el período establecido.

En éste punto la SGLyA solicitará la baja del correo electrónico del agente al área de soporte de la UNRN, quién ante la pertinente solicitud procederá automáticamente con la baja del mismo de forma inmediata.

En casos que sea de gran necesidad contar con la vigencia del correo electrónico correspondiente, se deberá solicitar al área de soporte la excepcionalidad

determinando los motivos por los cuales se requiere la continuidad y hasta cuando mantendrá la condición.

MODIFICACIÓN DE ESTADOS DE LEGAJOS:

1. Cuando se requiera el cambio de estado de Legajo de “Pasivo” a “Activo”, se deberá solicitar al agente la presentación de la documentación citada en el punto 1, el punto 2 incisos a), e), f), g) y h) y el punto 3. En éste punto la SGLyA cruzará información pertinente con el área de Soporte y la Tesorería General para actualizar las plataformas y bases correspondientes.

2. Cuando se requiera el cambio de estado de Legajo de “Activo” a “Jubilado”, el pertinente cambio sólo quedará sujeto al acceso al beneficio jubilatorio de un agente y a la reglamentación jubilatoria vigente sobre la compatibilidad con el ejercicio de la docencia.

Para ambos puntos la modificación del estado del legajo se efectuará a expresa solicitud de Sede y/o área perteneciente a la DRRHH.

ACTUALIZACIÓN DE LEGAJOS:

Cuando se requiera realizar una actualización de los datos del Legajo, ya sea actualización de domicilio, estudios realizados, grupo familiar y/o dato personal deberá efectuarse por intermedio del Formulario DRRHH N° 7, según la actualización se deberá acompañar con la documentación respaldatoria título, Certificado de Servicios cumplidos, etc.

Es responsabilidad exclusiva del agente actualizar sus datos cuando los declarados hubieren sufrido modificación alguna dentro de los primeros 5 días hábiles de ocurrido el cambio.

Será responsabilidad exclusiva la carga y registro de los datos actualizados en el

sistema SIU-Mapuche, como también la suba al Legajo Digital del agente, por el DPGP de la Sede de dependencia del agente. En caso de Rectorado, la actualización será responsabilidad de las áreas integrantes de la DRRHH.

Se anexan los siguientes Formularios:

- * DRRHH N° 01 “Declaración Jurada de Datos Personales”
- * DRRHH N° 02 “Declaración Jurada de Cargos, ocupaciones y Actividades”
- * DRRHH N° 03 “Declaración Jurada de Toma de Posesión del Cargo”.
- * DRRHH N° 07 “Declaración Jurada de Actualización de Legajo”
- * Formulario DDJJ de Nación Seguros – Designación de Beneficiarios.
- * Formulario DDJJ La Caja Seguro Personal del Estado – Designación de Beneficiarios.

**DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES**

Legajo Nº (1)

FOTO	Apellidos	G. Sanguíneo		
	Nombres			
	Documento tipo	Nº	CUIL	
	Fecha de Nac.		Lugar	
	Nacionalidad		Estado Civil	
Sexo al nacer	Femenino <input type="checkbox"/>		De acuerdo a su identidad de genero, se considera	
	Masculino <input type="checkbox"/>			
Pertenece o es descendiente de algun pueblo originario		Si / No	Cual?	
Posee alguna discapacidad (2)		Si / No	Cual?	
Apellido y Nombre de contacto (3)			Tel. Contacto	

Constitución de domicilio. (De residencia y a los efectos de la notificación)

Calle		Nº		Piso		Dpto.		Casa Nº	
Barrio		Localidad		Cód. Postal					
Provincia		País		E-mail					
Tel. Domicilio				Tel. Movil					

Estudios Realizados.

		Educación Primaria o Sin Estudios Completos		<input type="checkbox"/>
1. Secundario	<input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	Años cursados <input type="checkbox"/>
2. Terciario	<input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	Años cursados <input type="checkbox"/>
3. Universitario de Grado	<input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	Años cursados <input type="checkbox"/>
4. Universitario de Posgrado	<input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	Años cursados <input type="checkbox"/>
1. Título	Descripción			
	Expedido por			
	Fecha de emisión del título			
2. Título	Descripción			
	Expedido por			
	Fecha de emisión del título			
3. Título	Descripción			
	Expedido por			
	Fecha de emisión del título			
4. Título	Descripción			
	Expedido por			
	Fecha de emisión del título			

Grupo familiar.

	Apellido y Nombre	Estado civil	Cuil	Fecha de Nac.
Conyuge				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Otros				
Otros				

Declaro 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 sanciones disciplinarias correspondientes, como así también que estoy obligado/a a denunciar, dentro del término de cinco (5) días hábiles, las modificaciones que se produzcan en el futuro.

(1) Información a completar por la Dirección de RRHH. (2) Presentar Certificado Único de Discapacidad. (3) Contacto en caso de emergencia.

"Según Ley 25326 de datos personales, los mismos serán de uso exclusivo interno de la Universidad Nacional de Río Negro"

De completar y remitir firmado el presente formulario, se desprende que usted expresa su conocimiento previo, para uso de los datos personales.

En la Ciudad de

, a los

días del mes de

de 20 .

Firma del / de la Agente



DECLARACION DE CARGOS, OCUPACIONES Y ACTIVIDADES

Legajo N°

Datos Personales.

Apellido y Nombre	Tipo y Número de Documento	Expedido por
CUIL/CUIT	Jubilación, Pensión o Retiro	Caja
		F. de otorgamiento

Domicilio.

Calle	N°	Piso	Dpto.	Casa N°
Barrio	Localidad	Provincia		

Datos relacionados con la actividad que desempeña.

1. En la Universidad Nacional de Río Negro (designaciones, contratos y/o proyectos de investigación/extensión en el caso de los nodocentes).

N° de orden	Dependencia	Cargo		Función	% Dedic. (1)	Horas del cargo (5)
		Categoría	Dedic./Agrup.			
a.						
b.						
c.						
d.						
e.						

2. En otros establecimientos de enseñanza y/o de investigación (público o privado incluidos contratos docentes/nodocentes/asesores).

N° de orden	Establecimiento	Cargo		Función	Horas del cargo (5)	% Dedic. (1)	Firma y Sello (2)
		Categoría	Dedic./Agrup.				
a.							
b.							
c.							

3. En organizaciones públicas (nacional; provincial, municipal) y/o privadas.

N° de orden	Organización y Dependencia	Cargo		Función	Horas del cargo (5)	% Dedic. (1)	Firma y Sello (2)
		Categoría	Dedic./Agrup.				
a.							
b.							

4. En actividades autónomas

N° de orden	Descripción	Tiempo destinado (horas diarias, modalidad, etc.)
a.		
b.		



DECLARACION DE CARGOS, OCUPACIONES Y ACTIVIDADES

5. Percepción de pasividades (jubilación, pensión, retiro, etc.)

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

Régimen		Causa		Caja o Institución que lo abona	
Desde fecha		Importe		Determinar si percibe el beneficio a o ha sido suspendido a pedido del titular	
Régimen		Causa		Caja o Institución que lo abona	
Desde fecha		Importe		Determinar si percibe el beneficio a o ha sido suspendido a pedido del titular	

CUADRO COMPARATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES FRENTE A ALUMNOS O EN EL PUESTO DE TRABAJO.

Cargo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Firma y Sello (2)
1.a. (3) (4)							
1.b. (3) (4)							
1.c. (3) (4)							
1.c. (3) (4)							
1.c. (3) (4)							
2.a.							
2.b.							
2.c.							
3.a.							
3.b.							
4.a.							
4.b.							

En la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 20 _____.

Declaro 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 sanciones disciplinarias correspondientes, como así también que estoy obligado a denunciar, dentro del término de cinco (5) días hábiles, las modificaciones que se produzcan en el futuro.

(1) El porcentaje de dedicación a indicar en el cargo será del 100%, a menos que registre reducción horaria en el mismo, por lo que deberá expresar (en porcentaje), la parte del cargo con la que efectivamente cumple.

(2) En el cuadro 1, donde se refiere a cargos en la UNRN, deberá llevar la firma y sello del Secretario Académico de la Sede o de la correspondiente Secretaría del Rectorado, en los demás cuadros, donde se hace referencia a otras instituciones, corresponderá a las máximas autoridades de RRHH o Personal de las mismas.

(3) En el caso de Docentes, y de tener actividades de gestión adicionales a las horas frente a alumno, deberá indicarlás por separado.

(4) En el caso del personal No docente, que participe de proyectos de Investigación y/o Extensión, deberán ser declarados en este formulario en una línea aparte de sus cargos indicando la cantidad de horas.

(5) Refiere a horas del cargo por convenio o contrato. Cuando se trate de docentes de la UNRN (Cuadro 1) que hayan sido designados como directores de escuela, carrera, instituto o centro deberán indicar cero (0) horas.

.....
Firma del Área de RRHH

.....
Firma del Agente



DECLARACION JURADA DE TOMA DE POSESION DEL CARGO

Sr/a. Secretario/a de Programación y Gestión Estratégica:

Por la presente me dirijo a Ud., a fin de comunicarle que en el día de la fecha tomo posesión del cargo en el que se me ha designado.

Apellidos		Legajo N°
-----------	--	-----------

Nombres	
---------	--

Documento tipo	N°	CUIL/CUIT N°	Email
----------------	----	--------------	-------

Calle	N°	Piso	Dpto.	Casa N°
-------	----	------	-------	---------

Barrio	Localidad	Cód. Postal
--------	-----------	-------------

Dependencia	Cargo
-------------	-------

Res. de designación	Fecha:	Plazo de designación:	desde:	hasta:	Fecha de alta del
---------------------	--------	-----------------------	--------	--------	-------------------

Declaro bajo juramento:

a. Que los datos consignados precedentemente son exactos.

b. Que la fecha de alta del cargo es la que corresponde efectivamente al inicio de mis actividades por las cuales he sido designado.

En la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 20 _____.

SECRETARIO ACADEM./ADMIN.
Sello y Firma

Firma del Docente/No Docente

**SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE LEGAJO**

Legajo Nº

En la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 20__ .

Apellidos

Nombres

Grupo familiar.

	Apellido y Nombre	Estado Civil	Cuil	Fecha de Nacimiento
Conyuge				
Hijo/a				
Hijo/a				
Hijo/a				
Otros				
Otros				

Estudios Realizados.

Descripción			
Expedido por			
Fecha de emisión del título	Nivel (1)	Años (2)	

Constitución de domicilio. (De residencia y a los efectos de la notificación)

Calle	Nº	Piso	Dpto.	Casa Nº
Barrio	Localidad	Cód. Postal		
Provincia	País		E-mail	
Tel. Domicilio			Tel. Móvil	

Antecedentes laborales.

Empleador	Desde	Hasta	CUIT	Cargo	Dedic	Tipo de Actividad (3)	Horas (4)

Previsionales.

Sit. Previsional (5)	Nº Beneficio	F. Otorgamiento	F. Suspensión
Denomin. Caja	Ley beneficio		

Discapacidad (6)**Otros.***(Describe otro tipo de situación que quiera modificar o incorporar al legajo y, de corresponder, adjunte la documentación correspondiente.)*

Declaro bajo juramento que la información referida a mi persona enunciada precedentemente es correcta y responde a normas legales vigentes.

Recurde adjuntar la documentación a actualizar en caso de corresponder.

- (1) Nivel: Estudios primarios, Secundarios, Terciarios, Grado, Posgrado.
(2) Año: Años de duración teórica de la carrera.
(3) Tipo de actividad: Pública Docente, Pública No Docente, Privada No Docente
(4) Horas: Horas semanales
(5) Situación Previsional: Jubilado, Pensionado, Retirado.
(6) Presentar Certificado Único de Discapacidad.

"Según Ley 25326 de datos personales, los mismos serán de uso exclusivo interno de la Universidad Nacional de Río Negro"

De completar y remitir firmado el presente formulario, se desprende que usted expresa su conocimiento previo, para uso de los datos personales.

Firma del / la Agente

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A.

CODIGO COMPAÑÍA: 515

EMPLEADOR: _____ CUIT: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO: Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CUIL N°: _____

Fecha de ingreso al trabajo: _____ Capital asegurado: 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

ORIGINAL PARA EL TOMADOR

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A.

CODIGO COMPAÑÍA: 515

EMPLEADOR: _____ CUIT: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO: Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CUIL N°: _____

Fecha de ingreso al trabajo: _____ Capital asegurado: 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

DUPLICADO PARA EL TOMADOR

COMPAÑÍA ASEGURADORA: Nación Seguros S.A.

CODIGO COMPAÑÍA: 515

EMPLEADOR: _____ CUIT: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

ASEGURADO: Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ CUIL N°: _____

Fecha de ingreso al trabajo: _____ Capital asegurado: 5.5 S.M.V.M. Según lo establecido por anexo 23.6 inc. c) RES SSN 38.708/2014

Domicilio particular: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Apellido y Nombres	Parentesco	Domicilio particular	Documento	%

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Asegurado o impresión digital

COM-083/4 - 08/2017

TRIPLICADO PARA EL ASEGURADO



Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003*

Póliza N° _____ (según sus condiciones)

* (a. 1977 y sus modificatorias)

CAJA DE SEGUROS S.A.
SOLICITUD INDIVIDUAL

Certificado N° _____

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 Sol. Casado Div. Vu.

Loc. _____ Pres. _____ C.P. _____ Tel. _____ F. de Ing. al empleo ____/____/____

Capital a Asegurar _____ (Es sordo?) SI NO

Beneficiarios

Nombre y Apellido	Parentesco	Tipo y Nro. de Dec.	% 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