



1. UNIDAD DE GESTIÓN HUMANA

APELLIDOS		NOMBRES		
Organismo que declara excedente				
Inciso	<input type="text"/>	U.E.	<input type="text"/>	Ciudad o localidad
Unidad organizativa donde trabaja				
Unidad organizativa donde prestó servicios	Desde	Hasta		

CARGO

CORRELATIVO	DENOMINACIÓN	SERIE	ESCALAFÓN	GRADO

NATURALEZA

PRESUPUESTADO	CONTRATADO	OTRO (ESPECIFICAR)	VENCIMIENTO CONTRATO:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

FECHA DE INGRESO

ADM. PÚBLICA
<input type="text"/>

HA SIDO OBJETO DE SANCIÓN POR SUMARIOS

SI NO CAUSALES _____

SITUACIÓN FUNCIONAL ACTUAL

SUMARIO PENDIENTE	<input type="checkbox"/>
SUSPENSIÓN	<input type="checkbox"/>
LICENCIA ESPECIAL	<input type="checkbox"/>

FECHA

--	--	--

Firma y Sello de Unidad de Gestión Humana



2. FINANCIERO CONTABLE

CORRESPONDIENTE AL MES DE:

--	--

IMPORTES SUJETOS A MONTEPIO

SUELDO BÁSICO	HS. SEMANALES	\$u -----
EXTENSIÓN A	HS. SEMANALES	-----
DEDICACIÓN TOTAL		-----
PRIMA POR ANTIGÜEDAD		-----
OTROS CONCEPTOS		-----
-----		-----
-----		-----
	Sub-Total \$U	<input type="text"/>

IMPORTES NO SUJETOS A MONTEPIO

-----	\$U -----	
-----	-----	
-----	-----	
	Sub-Total \$U	<input type="text"/>

BENEFICIOS SOCIALES

HOGAR CONSTITUIDO	\$U -----	
ASIGNACIÓN FAMILIAR	-----	
OTROS. ALIMENTACIÓN	-----	
ASISTENCIA MÉDICA	-----	
	Sub-Total \$U	<input type="text"/>
	Total General \$U	<input type="text"/>

OTROS BENEFICIOS

--	--	--

DIA MES AÑO

Firma y Sello
Unidad Financiero Contable



3. FUNCIONARIO/A

APELLIDOS		NOMBRES								
CEDULA DE IDENTIDAD		IDENTIDAD DE GÉNERO	VARÓN							
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">FECHA NAC.</td></tr> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		FECHA NAC.							MUJER	
		FECHA NAC.								
			MUJER TRANS							
			VARÓN TRANS							
	OTROS									
		Ns/Nc								
Domicilio - Calle	Nº	Apto	Manzana	Solar						
Teléfono particular		Teléfono laboral		Celular						
Correo particular			Correo institucional							
LOCALIDAD/CIUDAD		DEPARTAMENTO		SEC.POLICIAL						

3.1 FORMACIÓN - Marque con una X en caso de ser completa, de no ser así indicar último año aprobado.

	AÑO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	TITULO O CERT. OBTENIDO
PRIMARIA			
SEC. 1ER. CICLO			
SEC. 2DO. CICLO			
UTU			
UNIVERSIDAD			
OTROS			

FECHA ÚLTIMO EXAMEN APROBADO

--	--	--



3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS QUE DESEMPEÑA – INDIQUE COMO MÁXIMO CINCO

4. SERVICIO MÉDICO

<p>4. SERVICIO MÉDICO</p> <p>1.- CONTROL EN SALUD (Dec. N° 274/017 de 03/10/17)</p> <table border="1"><tr><td>VIGENTE HASTA</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p>2.-DE EXISTIR LIMITANTES PARA LA ASIGNACIÓN DE TAREAS. ESPECIFICAR CUÁLES SERÍAN.</p> <table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>APTO NO APTO</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Firma y Sello del Médico</p>	VIGENTE HASTA							
VIGENTE HASTA								

.....
FIRMA, ACLARACION Y CARGO DE SUPERIOR INMEDIATO

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL FUNCIONARIO

LAS INFORMACIONES SUMINISTRADAS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA Y ESTÁN SUJETAS A LAS PENALIDADES DE LA LEY, ART. 239 DEL CÓDIGO PENAL.