

LEGAJO: U68526

☒ ANUAL

☐ RECTIFICATIVA

AÑO A DECLARAR: 2025

MOTIVO DE RECTIFICACIÓN RESOLUCIÓN / DISPOSICIÓN / DIAPA N°:

1. Apellido/s: LASCANO

La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombre/s: GUILLERMO ERNESTO

2. Documento de Identidad LE - LC - DNI: 27.139.388

Fecha de nacimiento: 01 / 05 / 79

3. Domicilio: BERUTI

Número: 1433 Piso: Dpto:

Entre calles: COLLINET Y CORTEZ

C.P.: 7400

Localidad: OLAVARRIA

Provincia: BUENOS AIRES

4. DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición: INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS - PAMI

Gerencia / UGL: UGL XXX - AZUL

Cantidad de horas que cumple por semana: 40 HS

Funciones que desempeña: JEFE DE AGENCIA

Categoría: PROFESIONAL B

Ingreso: 07 / 03 / 24

Domicilio: DORREGO

Número: 2625

C. P.: 7400

Localidad: OLAVARRIA

Provincia: BUENOS AIRES

Observaciones:

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	8 00-16 00	8 00-16 00	08 00-16 00	08 00-16 00	08 00-16 00	
COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI LISTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO, INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO						

5. EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

Ministerio, Secretaría de Estado, etc: MUNICIPALIDAD DE OLAVARRIA

Repartición: MUNICIPAL

Dependencia, Oficina, Facultad: HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE

Cantidad de horas que cumple por semana:

Funciones que desempeña: CONCEJAL

Ingreso: / /

Domicilio: BELGRANO

Número: 2784

C. P.: 7400

Localidad: OLAVARRIA

Provincia: BUENOS AIRES

Observaciones: DE LICENCIA A PARTIR DEL 8/3/2024

Haber mensual neto (\$):

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI LISTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO, INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO						

ALEX RIVERA RIVERA
DIRECTOR DE PERSONAL Y
RECURSOS HUMANOS

FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD DE DICHA REPARTICIÓN:

6. EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

Ministerio, Secretaría de Estado, etc:

Repartición:

Dependencia, Oficina, Facultad:

Cantidad de horas que cumple por semana:

Funciones que desempeña:

Ingreso: / /

Domicilio:

Número:

C. P.:

Localidad:

Provincia:

Observaciones:

Haber mensual neto (\$):

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI USTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO, INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO						

FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD DE DICHA REPARTICIÓN:

7. EN TAREAS NO OFICIALES

Empleador:

Horario que cumple:

Domicilio:

Número:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Funciones que desempeña:

Ingreso: / /

Observaciones:

Haber mensual neto (\$):

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI USTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO, INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO						

FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD DE DICHA REPARTICIÓN:

8. PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilación, Pensión, Retiro, etc.)

En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer régimen

Causa:

Haber mensual neto (\$):

Institución o caja que lo abona:

Desde que fecha: / /

Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular:

Dedaro 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 48 horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

Lic. Guillermo E. Liscano
Jefe Agencia Operativa
UGL XXX Azul

5/11/25
Fecha

Firma del declarante

Certifico 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.

Dra. D'Acunto Rosana
Directora UGL XXX - INSSJP
Leg. 69337 - MP 81619

5/11/25
Fecha

Firma y sello de la Jefatura