

2225/08

*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina*

Poder Ejecutivo

USHUAIA, 23 OCT. 2008

VISTO: La necesidad de generar información confiable, útil y transparente que permita a esta administración poder adoptar las medidas pertinentes que garanticen el buen orden administrativo y el logro de una mayor eficiencia respecto del régimen de empleo público vigente, en fiel cumplimiento de las previsiones de la ley N° 22.140 (especialmente en cuanto a los derechos, deberes y responsabilidades del agente público) y la restante normativa aplicable; y

CONSIDERANDO:

Que al comenzar la gestión se advirtió de la objetiva falta de sistematización de los datos de la totalidad del personal de la Administración pública provincial, que posibilite conocer su número exacto, lugar o lugares de trabajo, tipo de función, situación de revista, condiciones laborales, capacitación y demás aspectos pertinentes.

Que independientemente de la calidad o actualización de la información del personal con que se cuenta en diversos ámbitos administrativos, la falta de entrecruzamiento de datos impide planificar estrategias de recursos humanos sostenibles, ya sea en pos de la eficiencia de la función laboral, de convocatorias eventuales a cubrir posibles mejores funciones, como en pos de la capacitación, de la prevención de enfermedades laborales y aspectos de similar índole.

Que, a su vez, mucha de esta información será de relevancia a fin de poderle entregar al IPAUSS una base de datos única, real y actualizada que le permita realizar su estudio actuarial correspondiente.

Que por ello, a su debido tiempo el Ministerio de Economía y el de Gobierno, Coordinación General y Justicia promovieron un acuerdo con el CFI para la contratación de consultoras con experiencia en el relevamiento, recolección, procesamiento y sistematización de datos censales, a fin de efectuar un actualización de legajos y re-empadronamiento de la totalidad del personal de la Administración Central y Entes descentralizados.

Que en virtud de esta decisión se contrató a las empresas Poliarquía y Vangent, cuyo trabajo -incluido la paga de los censistas, que son estudiantes locales de establecimientos terciarios públicos de la Provincia- es erogada totalmente por el C.F.I.

Que la coordinación general de esta actividad, llamada públicamente "censo de capital humano 2008" ha quedado a cargo de la Secretaría de Gobierno y Fortalecimiento del Estado, dependiente del Ministerio de Gobierno, Coordinación General y Justicia, en articulación conjunta con la Secretaría General de Gobierno.

Que a través de los organismos pertinentes, todo el personal fue debidamente notificado de manera escrita de la existencia y desarrollo de este censo, en el dorso de su respectivo recibo de sueldo, cumpliendo así con lo prescripto en el art. 55 de la ley N° 141.

Que todo lo hasta aquí actuado, en función de proveer al buen orden de la Administración, importa el ejercicio de atribuciones propias de la zona de discrecionalidad legítima administrativa, en pleno acuerdo con la normativa vigente y con las atribuciones otorgadas a tal efecto al Poder Ejecutivo Provincial - artículo 135°,

///...2.

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur son y serán Argentinas"

G. T. F.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ricardo E. Cheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

B-7

*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Poder Ejecutivo*

///...2.

incs. 14º, 18º, 19º y cctes de la Constitución Provincial.-

Que para cumplir con el cometido propuesto es condición fundamental que la totalidad del personal sea censado, procedimiento que revestirá carácter obligatorio.

Que la suscripta se encuentra facultada para dictar el presente acto, en virtud de lo normado por el art. 135 de la Constitución Provincial.

Por ello:

**LA GOBERNADORA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR
DECRETA:**

ARTICULO 1º.- RATIFICAR lo obrado por las autoridades administrativas competentes en cuanto al llamado “censo de capital humano 2008”, de conformidad con lo expuesto en los considerandos, declarándose de interés provincial el mismo, procedimiento que quedará bajo la órbita de las autoridades de aplicación allí mencionadas.

ARTICULO 2º.- ESTABLECER que los censistas solicitarán los datos del personal que obran en los anexos I, II y III, los que integran el presente.

ARTICULO 3º.- RATIFICAR lo ya comunicado a través de diversos mecanismos oficiales, reiterándose a todo el personal de la administración pública la obligatoriedad del censo referenciado en el presente, el cual significará el re-empadronamiento, actualización y sistematización de legajos para la totalidad de los empleados dependientes del Poder Ejecutivo Provincial.

ARTICULO 4º.- Comunicar a quienes corresponda, dar al Boletín Oficial de la Provincia, archivar.

DECRETO N° 2225/08

G. T. F.
[Handwritten initials]

Dr. Guillermo Aguirre Aramburu
MINISTERIO DEL INTERIOR
COORDINACIÓN GENERAL DE JUSTICIA

[Handwritten signature]
**MARIA FABIANA RIOS
GOBERNADORA**

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ricardo E. Cheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

“Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur son y serán Argentinas”

ANEXO I - DECRETO N° 2225/08

Ricardo A. Chequeman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

Importancia:
El formulario debe rellenarse en LETRA MAYÚSCULA
utilizando un bolígrafo o pluma de color NEGRO.
Las letras deben ser del siguiente estilo:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

RELEVAMIENTO DE CAPITAL HUMANO



A. DATOS PERSONALES

00000032

A.1. Nombre: _____

A.2. Apellido: _____

A.3. Documento: Tipo: DNI LC Pasaporte CI LE Número: _____

A.4. Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de Hecho (concubinato)

A.5. Nacionalidad: Argentina Otro A.6. Sexo: M F A.7. Fecha de Nacimiento: _____

A.8. Domicilio:

Calle: _____ Número: _____ Piso: _____

Depto: _____ Bloque / Tira: _____ Teléfono: _____

Barrio: _____

Email: _____

Localidad: Ushuaia Tolhuin Río Grande Buenos Aires Otra

¿Este domicilio es suyo, de su familia o paga un alquiler? Alquiler Propio Familia ¿La vivienda es del IPV? Sí No

B. NIVEL DE EDUCACIÓN

B.1. ¿Cuál es su máximo nivel alcanzado?

Primario Incompleto Completo

Secundario Incompleto Completo

Terciario Incompleto Completo

Universitario Incompleto Completo

Posgrado Incompleto Completo

Título/s Obtenido/s:
(Describe el/los último/s) 1. _____
2. _____

C. FAMILIARES A CARGO

C.1. ¿Posee familiares a cargo? Sí — ¿Cuántos? _____ No — (Continúe en el punto D)

Por favor complete los datos de sus familiares:

C.2. Familiar 1:

Apellido y Nombre: _____

¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

C.3. Familiar 2:

Apellido y Nombre: _____

¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

C.4. Familiar 3:

Apellido y Nombre: _____

¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

A completar por el encuestador

Encuestador N°: _____



6 416182 100812

MARIA FABIANA RIOS
GOBERNADORA

Dr. ISIDORO
MINISTRO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL

2225/08

Ricardo E. Cheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

C.5. Familiar 4:
Apellido y Nombre: _____
¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro
Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí
¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro
¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

C.6. Familiar 5:
Apellido y Nombre: _____
¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro
Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí
¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro
¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

C.7. Familiar 6:
Apellido y Nombre: _____
¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro
Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí
¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro
¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

C.8. Familiar 7:
Apellido y Nombre: _____
¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro
Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí
¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro
¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

D. LEYES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

| | | | | |
|-----------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Ley 22140 | <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Nada |
| Ley 141 | <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Nada |

D.1. De las siguientes leyes que regulan el funcionamiento de la Administración Pública, señale si las conoce mucho, bastante, poco o nada.

E. DATOS DEL PUESTO ACTUAL

E.1. ¿Cuántos cargos tiene en la función pública? _____

E.2. ¿Algún familiar que viva con usted tiene un cargo en la función pública? Sí No

E.3. ¿Usted posee algún tipo de discapacidad? Sí No — (Continúe en el punto E.4.)
¿Qué tipo de discapacidad tiene? Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %
¿Tiene certificado de discapacidad? Sí No
¿Su ingreso a planta permanente se debió a la aplicación de la Ley 48? Sí No Desconoce

E.4. ¿Usted está Adscripto? Sí No — ¿Usted está en comisión? Sí No — (Continúe en el punto E.5.)

Si se encuentra usted adscripto o en comisión ¿En qué ministerio, secretaria o ente desarrollaba su función?

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Trabajo | <input type="checkbox"/> Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología | <input type="checkbox"/> Ministerio de Desarrollo Social |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud | <input type="checkbox"/> Ministerio de Gobierno, Coordinación Gral. y Justicia | <input type="checkbox"/> Ministerio de Obras y Servicios Públicos |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Economía | <input type="checkbox"/> Secretaría General | <input type="checkbox"/> Secretaría de Hidrocarburos |
| <input type="checkbox"/> Secretaría Legal y Técnica | <input type="checkbox"/> Secretaría de Representación Oficial del Gobierno de BSAS | <input type="checkbox"/> Secretaría de Derechos Humanos |
| <input type="checkbox"/> Instituto provincial de vivienda | <input type="checkbox"/> Secretaría de Desarrollo Sustentable y Ambiente | <input type="checkbox"/> Infiatur turismo |
| <input type="checkbox"/> Dirección general de puertos | <input type="checkbox"/> Instituto provincial de regulación de apuestas | <input type="checkbox"/> Obras sanitarias |
| <input type="checkbox"/> Dirección provincial de energía | | |
| <input type="checkbox"/> Otro <u>Especifique</u> _____ | | |

Dr. Guillermo
MINISTRO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL

MARIA FABIANA
GOBERNADORA



2225/08

Ricardo J. Sheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

¿En qué área estaba realizando tareas?

E.5. ¿Cuál es su fecha de ingreso a la función pública? 00000032

E.6. ¿Cuál es la fecha de designación en su cargo actual?

E.7. ¿Su ingreso se debió a la Ley 661 o 668? Sí No

E.8. ¿En qué ministerio, secretaria o ente desarrolla sus tareas?

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Trabajo | <input type="checkbox"/> Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología | <input type="checkbox"/> Ministerio de Desarrollo Social |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud | <input type="checkbox"/> Ministerio de Gobierno, Coordinación Gral. y Justicia | <input type="checkbox"/> Ministerio de Obras y Servicios Públicos |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Economía | <input type="checkbox"/> Secretaría General | <input type="checkbox"/> Secretaría de Hidrocarburos |
| <input type="checkbox"/> Secretaría Legal y Técnica | <input type="checkbox"/> Secretaría de Representación Oficial del Gobierno de BSAS | <input type="checkbox"/> Secretaría de Derechos Humanos |
| <input type="checkbox"/> Instituto provincial de vivienda | <input type="checkbox"/> Secretaría de Desarrollo Sustentable y Ambiente | <input type="checkbox"/> Infuctur turismo |
| <input type="checkbox"/> Dirección general de puertos | <input type="checkbox"/> Instituto provincial de regulación de apuestas | <input type="checkbox"/> Obras sanitarias |
| <input type="checkbox"/> Dirección provincial de energía | | |
| <input type="checkbox"/> Otro <u>Especifique</u> | | |

E.9. ¿En que área está realizando sus tareas?

E.10. Domicilio del puesto actual:

E.11. ¿A qué agrupación pertenece?

| | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.A. y T. | <input type="checkbox"/> Aeronáutico | <input type="checkbox"/> Personal Directivo | <input type="checkbox"/> Personal Superior | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> P. O. M. y S. | <input type="checkbox"/> Seguridad | <input type="checkbox"/> Penitenciarios | <input type="checkbox"/> Personal Televisión | |

E.12. ¿Cuál es su cargo?
(Según recibo de sueldo)

E.13. Categoría actual: E.14. Categoría de revista: E.15. Cantidad de personas a cargo:

E.16. Método de designación a su cargo actual:

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Concurso | <input type="checkbox"/> Promoción | <input type="checkbox"/> Otro |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|

E.17. Nombre y Apellido de su superior jerárquico:

E.18. Cargo del superior:

E.19. Tarea que realiza:

| | | | | |
|---|----------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administrativa | <input type="checkbox"/> Técnica | <input type="checkbox"/> Mantenimiento | <input type="checkbox"/> Servicios | <input type="checkbox"/> Jerárquica |
| <input type="checkbox"/> Otra | | | | |

E.20. Frecuencia de trabajo semanal:

| Fijo (Marque los días que trabaja) | Variable | Rotativo | Otro |
|--|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Afectado a guardia <input type="checkbox"/> Sujeto a operación/actividad | <input type="checkbox"/> 2x1 <input type="checkbox"/> 4x2 <input type="checkbox"/> 6x2 | <input type="checkbox"/> Otro |

E.21. Cantidad de horas diarias: E.22. Turnos Turno mañana Turno tarde Turno noche

E.23. ¿Esta Sindicalizado? No —(Continúe en el punto F) Sí —¿Cuál? ATE UPCN ATSA

SUTEF Otro Especifique

¿Es delegado? No — (Continúe en el punto F) Sí — Desde (Año): Hasta (Año): (mandato)

F. EXPERIENCIA ANTERIOR EN LA FUNCIÓN PÚBLICA

F.1. ¿Previo a su cargo actual tuvo otro cargo en la función pública? Sí No — (Continúe en el punto G)

Por favor complete los siguientes datos

Periodo: Desde Mes: Año: Hasta Mes: Año:

F.2. ¿En qué ministerio, secretaria o ente desarrollaba su función?

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Trabajo | <input type="checkbox"/> Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología | <input type="checkbox"/> Ministerio de Desarrollo Social |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud | <input type="checkbox"/> Ministerio de Gobierno, Coordinación Gral. y Justicia | <input type="checkbox"/> Ministerio de Obras y Servicios Públicos |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Economía | <input type="checkbox"/> Secretaría General | <input type="checkbox"/> Secretaría de Hidrocarburos |
| <input type="checkbox"/> Secretaría Legal y Técnica | <input type="checkbox"/> Secretaría de Representación Oficial del Gobierno de BSAS | <input type="checkbox"/> Secretaría de Derechos Humanos |
| <input type="checkbox"/> Instituto provincial de vivienda | <input type="checkbox"/> Secretaría de Desarrollo Sustentable y Ambiente | <input type="checkbox"/> Infuctur turismo |
| <input type="checkbox"/> Dirección general de puertos | <input type="checkbox"/> Instituto provincial de regulación de apuestas | <input type="checkbox"/> Obras sanitarias |
| <input type="checkbox"/> Dirección provincial de energía | | |
| <input type="checkbox"/> Otro <u>Especifique</u> | | |

Dr. Ricardo J. Sheuqueman
MINISTRO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL

NA KIOS
DORA



Ricardo E. Cheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

F.3. ¿A qué agrupación pertenecía?

| | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.A. y T. | <input type="checkbox"/> Aeronáutico | <input type="checkbox"/> Personal Directivo | <input type="checkbox"/> Personal Superior | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> P. O. M. y S. | <input type="checkbox"/> Seguridad | <input type="checkbox"/> Penitenciarios | <input type="checkbox"/> Personal Televisión | |

F.4. ¿En qué área realizó sus tareas?

F.5. Categoría:

F.6. ¿Cuál era su cargo?

F.7. Tarea que realizaba:

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administrativa | <input type="checkbox"/> Técnica | <input type="checkbox"/> Mantenimiento | <input type="checkbox"/> Jerárquica |
| <input type="checkbox"/> Servicios | <input type="checkbox"/> Profesional | <input type="checkbox"/> Otra | |

G. ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO PRIVADO

G.1. ¿Ha trabajado alguna vez en el ámbito privado? Sí No — (Continúe en el punto H)
Por favor, describa su última experiencia

G.2. Empresa:

G.3. Cargo:

G.4. Periodo: Desde: Mes: Año: Hasta: Mes: Año:

H. IDIOMAS

| | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Inglés | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Portugués | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Otro | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedia | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |

¿Cuál?

I. CONOCIMIENTOS DE INFORMÁTICA

I.1. Procesadores de Texto: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

I.2. Planillas de cálculo: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

I.3. Internet: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

I.4. Lenguaje de programación: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

¿Cuál?

I.5. Conocimientos sobre base de datos: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

¿Cuál?

I.6. Otros conocimientos de informática: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

¿Cuál?

J. EVALUACIÓN DE SU POSICIÓN ACTUAL

J.1. ¿Considera que su categoría de revista está acorde con las tareas que desempeña? Sí No

J.2. Pensando en sus responsabilidades y las tareas que desempeña diariamente, usted diría que se encuentra sobrecalificado, posee la capacitación adecuada o le falta capacitación?
 Sobrecalificado Falta capacitación
 Capacitación adecuada

J.3. Enumere hasta 3 temas en los cuales desearía recibir capacitación adicional para completar su formación actual:

J.4. De aquí a 5 años a usted le gustaría continuar trabajando en este mismo sector, realizar otra actividad en el sector privado, continuar en el sector público pero en otra área, o jubilarse.

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajar en el mismo Sector | <input type="checkbox"/> Otra área dentro del sector público |
| <input type="checkbox"/> Otra actividad en el sector privado | <input type="checkbox"/> Jubilarse |

J.5. A continuación se describen una serie de factores vinculados con la mejora de las condiciones laborales. Para cada uno de ellos marque si en su opinión contribuiría mucho, contribuiría bastante, contribuiría poco o no contribuiría nada en mejorar su sector.
(Contribuiría mucho M, Contribuiría bastante B, Contribuiría poco P y No contribuiría nada N)

| | M | B | P | N |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mejora del equipamiento de trabajo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conocimiento de los objetivos de la gestión: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mayor espacio físico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mayor Capacitación: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Normas y procedimientos ágiles: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estabilidad en los cargos y puestos: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desarrollo de carrera administrativa: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mejora del nivel salarial: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Misiones y funciones claras: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mejora en las relaciones con los jefes: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mejora en las relaciones con los pares: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LOS PUNTOS A, B, C, D Y E REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Legajo N°:

Lugar: Fecha:

Firma: Aclaración:



Dr. Guillermo Horacio
MINISTERIO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL

ANEXO II - DECRETO N°


Ricardo E. Cheuquemán
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

Importante:
El formulario debe rellenarse en LETRA MAYÚSCULA
utilizando un bolígrafo o pluma de color NEGRO.
Las letras deben ser del siguiente estilo:

A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

RELEVAMIENTO DE CAPITAL HUMANO SALUD

00000001



A. DATOS PERSONALES

A.1. Nombre: _____

A.2. Apellido: _____

A.3. Documento: Tipo: DNI LC Pasaporte CI LE Número: _____

A.4. Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de Hecho (concubinato)

A.5. Nacionalidad: Argentina Otro A.6. Sexo: M F A.7. Fecha de Nacimiento: _____

A.8. Domicilio:

Calle: _____ Número: _____ Piso: _____

Depto: _____ Bloque / Tira: _____ Teléfono: _____

Barrio: _____

Email: _____

Localidad: Ushuaia Tolhuin Río Grande Buenos Aires Otra

¿Este domicilio es suyo, de su familia o paga un alquiler? Alquiler Propio Familia ¿La vivienda es del IPV? Sí No

B. NIVEL DE EDUCACIÓN

B.1. ¿Cuál es su máximo nivel alcanzado?

| | | | |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| Primario | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo | Título/s Obtenido/s: (Describe el/los último/s) 1. _____ 2. _____ Matricula Prov N°: _____ |
| Secundario | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo | |
| Terciario | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo | |
| Universitario | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo | |
| Posgrado | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo | |

C. FAMILIARES A CARGO

C.1. ¿Posee familiares a cargo? Sí — ¿Cuántos? _____ No — (Continúe en el punto D)

Por favor complete los datos de sus familiares

C.2. Familiar 1:

Apellido y Nombre: _____

¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

C.3. Familiar 2:

Apellido y Nombre: _____

¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

C.4. Familiar 3:

Apellido y Nombre: _____


¿Cuál es el vínculo? Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento: _____ ¿Asiste a algún establecimiento educativo? No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad? No Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ %

A completar por el encuestador Encuestador N°: _____


 5 416182 104378

Dr. Guillermo Boracio Arca
MINISTERIO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL Y
MARIA FABIANA BA
GOBERNADORA

2225/08

Ricardo E. Cheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

C.5. Familiar 4:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

C.6. Familiar 5:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

C.7. Familiar 6:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

C.8. Familiar 7:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

D. LEYES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

D.1. De las siguientes leyes que regulan el funcionamiento de la Administración Pública, señale si las conoce mucho, bastante, poco o nada.

| | | | | |
|-----------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Ley 22140 | <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Nada |
| Ley 141 | <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Nada |

E. DATOS DEL PUESTO ACTUAL

E.1. ¿Cuántos cargos tiene en la función pública?

E.2. ¿Algún familiar que viva con usted tiene un cargo en la función pública? Sí No

E.3. ¿Usted posee algún tipo de discapacidad? Sí No — (Continúe en el punto E.4.)

¿Qué tipo de discapacidad tiene? Motriz: % Intelectual: % Física: %

¿Tiene certificado de discapacidad? Sí No

¿Su ingreso a planta permanente se debió a la aplicación de la Ley 48? Sí No Desconoce

E.4. ¿Usted está Adscripto? Sí No — ¿Usted está en comisión? Sí No — (Continúe en el punto E.5.)

Si se encuentra usted adscripto o en comisión ¿En qué ministerio, secretaria o ente desarrollaba su función?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Trabajo | <input type="checkbox"/> Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología | <input type="checkbox"/> Ministerio de Desarrollo Social |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud | <input type="checkbox"/> Ministerio de Gobierno, Coordinación Gral. y Justicia | <input type="checkbox"/> Ministerio de Obras y Servicios Públicos |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Economía | <input type="checkbox"/> Secretaría General | <input type="checkbox"/> Secretaría de Hidrocarburos |
| <input type="checkbox"/> Secretaría Legal y Técnica | <input type="checkbox"/> Secretaría de Representación Oficial del Gobierno de BSAS | <input type="checkbox"/> Secretaría de Derechos Humanos |
| <input type="checkbox"/> Instituto provincial de vivienda | <input type="checkbox"/> Secretaría de Desarrollo Sustentable y Ambiente | <input type="checkbox"/> Infuetur turismo |
| <input type="checkbox"/> Dirección general de puertos | <input type="checkbox"/> Instituto provincial de regulación de apuestas | <input type="checkbox"/> Obras sanitarias |
| <input type="checkbox"/> Dirección provincial de energía | | |
| <input type="checkbox"/> Otro <u>Especifique</u> | | |

Dr. Guillermo Horacio Arias
MINISTRO DE GOBIERNO,
COORDINACIÓN GENERAL Y
SECRETARÍA DE ESTADO

MARIA FABIANA RIVERA
GOBERNADORA



2225/08

Ricardo E. Cheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

¿En qué área estaba realizando tareas?

E.5. ¿Cuál es su fecha de ingreso a la función pública? 00000001

E.6. ¿Cuál es la fecha de designación en su cargo actual?

E.7. ¿Su ingreso se debió a la Ley 661 o 668? Sí No

E.8. ¿En qué área está realizando tareas?

E.9. Domicilio del puesto actual:

E.10. ¿A qué agrupación pertenece?: P.A. y T. P. O. M. y S. Personal Directivo Personal Superior

E.11. ¿Cuál es su cargo?
(Según recibo de sueldo)

E.12. Categoría actual: E.13. Categoría de revista: E.14. Cantidad de personas a cargo:

E.15. Método de designación a su cargo actual: Concurso Promoción Otro

E.16. Nombre y Apellido de su superior jerárquico:

E.17. Cargo del superior:

E.18. Tarea que realiza: Profesional Administrativa Enfermería Maestranza Mantenimiento Camillero
 Técnica Auxiliar Agente sanitario Seguridad Chofer
 Otra

| | | | |
|--|---|---|-------------------------------|
| E.19. Frecuencia de trabajo semanal: Fijo (Marque los días que trabaja) | Variable | Rotativo | <input type="checkbox"/> Otro |
| | <input type="checkbox"/> Afectedo a guardia | <input type="checkbox"/> 2x1 <input type="checkbox"/> 4x2 <input type="checkbox"/> 6x2 | |
| <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Sujeto a operacion/actividad | | |

E.20. Cantidad de horas diarias: E.21. Turnos Turno mañana Turno tarde Turno noche

E.22. ¿Esta Sindicalizado? No —(Continúe en el punto F) Sí — ¿Cuál? ATE UPCN ATSA
 SUTEF Otro Especifique

¿Es delegado? No — (Continúe en el punto F) Sí — Desde (Año): Hasta (Año): (mandato)

F. EXPERIENCIA LABORAL ANTERIOR

F.1. ¿Ha tenido una experiencia laboral anterior? Sí No — (Continúe en el punto G)
Por favor, describa su última experiencia

Establecimiento:
Cargo:
Periodo: Desde: Mes: Año: Hasta: Mes: Año:

F.2. Experiencia laboral anterior:
Establecimiento:
Cargo:
Periodo: Desde: Mes: Año: Hasta: Mes: Año:

F.3. Experiencia laboral anterior:
Establecimiento:
Cargo:
Periodo: Desde: Mes: Año: Hasta: Mes: Año:

Dr. Guillermo Rotasio Aguilar
MINISTRO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL

MARIA FABIANA RIOS
GOBERNADORA



2225/08

Ricardo E. Cheuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

G. IDIOMAS

| | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Inglés | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Portugués | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Otro | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |

¿Cuál?

H. CONOCIMIENTOS DE INFORMÁTICA

H.1. Procesadores de Texto: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

H.2. Planillas de cálculo: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

H.3. Internet: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

H.4. Lenguaje de programación: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

¿Cuál?

H.5. Conocimientos sobre base de datos: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

¿Cuál?

H.6. Otros conocimientos informática: Avanzado Intermedio Inicial No sabe

¿Cuál?

I. EVALUACIÓN DE SU POSICIÓN ACTUAL

L1. ¿Considera que su categoría de revista está acorde con las tareas que desempeña? Sí No

L2. Pensando en sus responsabilidades y las tareas que desempeña diariamente, usted diría que se encuentra sobrecalificado, posee la capacitación adecuada o le falta capacitación? Sobrecalificado Falta capacitación Capacitación adecuada

L3. Enumere hasta 3 temas en los cuales desearia recibir capacitación adicional para completar su formación actual:
.....
.....
.....

L4. De aquí a 5 años a usted le gustaría continuar trabajando en este mismo sector, realizar otra actividad en el sector privado, continuar en el sector público pero en otra área, o jubilarse. Trabajar en el mismo Sector Otra área dentro del sector público Otra actividad en el sector privado Jubilarse

L5. A continuación se describen una serie de factores vinculados con la mejora de las condiciones laborales. Para cada uno de ellos marque si en su opinión contribuiría mucho, contribuiría bastante, contribuiría poco o no contribuiría nada en mejorar su sector.
(Contribuiría mucho M, Contribuiría bastante B, Contribuiría poco P y No contribuiría nada N)

| | | | |
|--|---|---|---|
| Mejora del equipamiento de trabajo: _____ | M B P N | Desarrollo de carrera administrativa: _____ | M B P N |
| Conocimiento de los objetivos de la gestión: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mejora del nivel salarial: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mayor espacio físico: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Misiones y funciones claras: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mayor Capacitación: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mejora en las relaciones con los jefes: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Normas y procedimientos ágiles: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Mejora en las relaciones con los pares: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Estabilidad en los cargos y puestos: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

LOS PUNTOS A, B, C, D Y E REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Lugar: _____

Legajo N°:

Fecha:

Firma: _____

Aclaración: _____

Dr. Guillermo Horacio A. ...
MINISTRO DE GOBIERNO ...
COORDINACIÓN GENERAL ...

[Signature]

MARIA FABIANA RIOS
GOBERNADORA





2225/08

ANEXO III - DECRETO N°

Ricardo E. Chauquemán
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

Importante:
El formulario debe rellenarse en LETRA MAYÚSCULA
utilizando un bolígrafo o pluma de color NEGRO.
Las letras deben ser del siguiente estilo:

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

| RELEVAMIENTO DE CAPITAL HUMANO DOCENTE | |  |
|---|--|--|
| A. DATOS PERSONALES | | 00000172 |
| A.1. Nombre: _____ | | |
| A.2. Apellido: _____ | | |
| A.3. Documento: Tipo: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LE Número: _____ | | |
| A.4. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión de Hecho (concubinato) | | |
| A.5. Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Argentina <input type="checkbox"/> Otro A.6. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F A.7. Fecha de Nacimiento: _____ | | |
| A.8. Domicilio: | | |
| Calle: _____ | | Número: _____ Piso: _____ |
| Depto: _____ Bloque / Tira: _____ | | Teléfono: _____ |
| Barrio: _____ | | |
| Email: _____ | | |
| Localidad: <input type="checkbox"/> Ushuaia <input type="checkbox"/> Tolhuin <input type="checkbox"/> Río Grande <input type="checkbox"/> Buenos Aires <input type="checkbox"/> Otra | | |
| ¿Este domicilio es suyo, de su familia o paga un alquiler? <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Familia ¿La vivienda es del IPV? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| B. NIVEL DE EDUCACIÓN | | |
| B.1. ¿Cuál es su máximo nivel alcanzado? | | Título/s Obtenido/s: (Describe el/los último/s) 1. _____ |
| Primario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo _____ | | 2. _____ |
| Secundario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo _____ | | |
| Terciario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo _____ | | |
| Universitario <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo _____ | | |
| Posgrado <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Completo _____ | | |
| C. FAMILIARES A CARGO | | |
| C.1. ¿Posee familiares a cargo? <input type="checkbox"/> Sí — ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> No — (Continúe en el punto D) | | |
| Por favor complete los datos de sus familiares | | |
| C.2. Familiar 1: | | |
| Apellido y Nombre: _____ | | |
| ¿Cuál es el vínculo? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | | ¿Asiste a algún establecimiento educativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Cuál es el nivel de escolaridad? <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 <input type="checkbox"/> EGB3 <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Polimodal <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otro | | |
| ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ % | | |
| C.3. Familiar 2: | | |
| Apellido y Nombre: _____ | | |
| ¿Cuál es el vínculo? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | | ¿Asiste a algún establecimiento educativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Cuál es el nivel de escolaridad? <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 <input type="checkbox"/> EGB3 <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Polimodal <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otro | | |
| ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ % | | |
| C.4. Familiar 3: | | |
| Apellido y Nombre: _____ | | |
| ¿Cuál es el vínculo? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | | ¿Asiste a algún establecimiento educativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Cuál es el nivel de escolaridad? <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 <input type="checkbox"/> EGB3 <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Polimodal <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otro | | |
| ¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí — Motriz: _____ % Intelectual: _____ % Física: _____ % | | |
| A completar por el encuestador | | Encuestador N°: _____ |
| | |  5 4 1 6 1 8 2 1 0 4 7 4 3 |

DI. GUAYMAS PROVICIA
MINISTERIO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL

[Handwritten signature]

BIAN
RNAD

Ricardo E. Chelqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

C.5. Familiar 4:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

C.6. Familiar 5:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

C.7. Familiar 6:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

C.8. Familiar 7:

Apellido y Nombre:

¿Cuál es el vínculo?

Padre Madre Cónyuge Hijo Nieto Sobrino Abuelo Otro

Fecha de Nacimiento:

¿Asiste a algún establecimiento educativo?

No Sí

¿Cuál es el nivel de escolaridad?

Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Tiene alguna discapacidad?

No Sí — Motriz: % Intelectual: % Física: %

D. LEYES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

D.1. De las siguientes leyes que regulan el funcionamiento de la Administración Pública, señale si las conoce mucho, bastante, poco o nada.

| | | | | |
|-----------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Ley 22140 | <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Nada |
| Ley 141 | <input type="checkbox"/> Mucho | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Nada |

E. DATOS DEL PUESTO ACTUAL

E.1. ¿Cuántos cargos tiene en la función pública?

E.2. ¿Algún familiar que viva con usted tiene un cargo en la función pública? Sí No

E.3. ¿Usted posee algún tipo de discapacidad? Sí No — (Continúe en el punto E.4.)

¿Que tipo de discapacidad tiene? Motriz: % Intelectual: % Física: %

¿Tiene certificado de discapacidad? Sí No

¿Su ingreso a planta permanente se debió a la aplicación de la Ley 48? Sí No Desconoce

E.4. ¿Usted está Adscripto? Sí No — ¿Usted está en comisión? Sí No — (Continúe en el punto E.5.)

— Si se encuentra usted adscripto o en comisión ¿En qué ministerio, secretaria o ente desarrollaba su función?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Trabajo | <input type="checkbox"/> Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología | <input type="checkbox"/> Ministerio de Desarrollo Social |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud | <input type="checkbox"/> Ministerio de Gobierno, Coordinación Gral. y Justicia | <input type="checkbox"/> Ministerio de Obras y Servicios Públicos |
| <input type="checkbox"/> Ministerio de Economía | <input type="checkbox"/> Secretaría General | <input type="checkbox"/> Secretaría de Hidrocarburos |
| <input type="checkbox"/> Secretaría Legal y Técnica | <input type="checkbox"/> Secretaría de Representación Oficial del Gobierno de BSAS | <input type="checkbox"/> Secretaría de Derechos Humanos |
| <input type="checkbox"/> Instituto provincial de vivienda | <input type="checkbox"/> Secretaría de Desarrollo Sustentable y Ambiente | <input type="checkbox"/> Infuetur turismo |
| <input type="checkbox"/> Dirección general de puertos | <input type="checkbox"/> Instituto provincial de regulación de apuestas | <input type="checkbox"/> Obras sanitarias |
| <input type="checkbox"/> Dirección provincial de energía | | |

Otro Especifique



DEPARTAMENTO DE
MINISTRO DE GOBIERNO,
COORDINACIÓN GENERAL

MARIA FABIANA RIOS
GOBERNADORA

2225/08

Ricardo E. Chequeman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

¿En qué área estaba realizando tareas?

E.5. ¿Cuál es su fecha de ingreso a la función pública? 00000172

E.6. ¿Esta Sindicalizado en el SUTEF? Sí No —(Continúe en el punto E.7)

¿Es delegado? No —(Continúe en el punto E.7) Sí — Desde (Año): Hasta (Año): (mandato)

E.7. Datos del Cargo 1

Nombre del Establecimiento:

Fecha de designación: **Nº de legajo:**
Recursos Humanos

Código de cargo: — (Ver tabla de códigos de cargos) **Cantidad de horas cátedra:**

¿Cuál es su situación de planta? Titular Suplente Interino Transitoria

¿Cuál es el nivel de enseñanza? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Qué asignatura dicta?

Turno: Mañana Tarde Intermedio Vespertino Noche Doble turno (jornada completa)

E.8. Datos del Cargo 2

Nombre del Establecimiento:

Fecha de designación: **Nº de legajo:**
Recursos Humanos

Código de cargo: — (Ver tabla de códigos de cargos) **Cantidad de horas cátedra:**

¿Cuál es su situación de planta? Titular Suplente Interino Transitoria

¿Cuál es el nivel de enseñanza? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Qué asignatura dicta?

Turno: Mañana Tarde Intermedio Vespertino Noche Doble turno (jornada completa)

E.9. Datos del Cargo 3

Nombre del Establecimiento:

Fecha de designación: **Nº de legajo:**
Recursos Humanos

Código de cargo: — (Ver tabla de códigos de cargos) **Cantidad de horas cátedra:**

¿Cuál es su situación de planta? Titular Suplente Interino Transitoria

¿Cuál es el nivel de enseñanza? Inicial Primario EGB 1 y 2 EGB3 Medio Polimodal Superior Otro

¿Qué asignatura dicta?

Turno: Mañana Tarde Intermedio Vespertino Noche Doble turno (jornada completa)

E.10. Datos del Cargo 4

Nombre del Establecimiento:

Fecha de designación: **Nº de legajo:**
Recursos Humanos

Código de cargo: — (Ver tabla de códigos de cargos) **Cantidad de horas cátedra:**

¿Cuál es su situación de planta? Titular Suplente Interino Transitoria

Dr. GUILLERMO HORACIO AL...
MINISTRO DE GOBIERNO...
COORDINACIÓN GENERAL

[Handwritten signature]



Ricardo E. Chewqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| ¿Cuál es el nivel de enseñanza? | | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> Primario | <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 | <input type="checkbox"/> EGB3 | <input type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Polimodal | <input type="checkbox"/> Superior | <input type="checkbox"/> Otro |
| ¿Qué asignatura dicta? | | | | | | | | | |
| Turno: | | <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Vespertino | <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Doble turno (jornada completa) | | |
| E.11. Datos del Cargo 5 | | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | | | |
| Fecha de designación: | | | | | N° de legajo: | | | | |
| Código de cargo: — (Ver tabla de códigos de cargos) | | | | | Recursos Humanos - Cantidad de horas cátedra: | | | | |
| ¿Cuál es su situación de planta? | | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Suplente <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Transitoria | | | | | | | |
| ¿Cuál es el nivel de enseñanza? | | <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 <input type="checkbox"/> EGB3 <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Polimodal <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | |
| ¿Qué asignatura dicta? | | | | | | | | | |
| Turno: | | <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Vespertino | <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Doble turno (jornada completa) | | |
| E.12. Datos del Cargo 6 | | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | | | |
| Fecha de designación: | | | | | N° de legajo: | | | | |
| Código de cargo: — (Ver tabla de códigos de cargos) | | | | | Recursos Humanos - Cantidad de horas cátedra: | | | | |
| ¿Cuál es su situación de planta? | | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Suplente <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Transitoria | | | | | | | |
| ¿Cuál es el nivel de enseñanza? | | <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 <input type="checkbox"/> EGB3 <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Polimodal <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | |
| ¿Qué asignatura dicta? | | | | | | | | | |
| Turno: | | <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Vespertino | <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Doble turno (jornada completa) | | |
| E.13. Datos del Cargo 7 | | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento: | | | | | | | | | |
| Fecha de designación: | | | | | N° de legajo: | | | | |
| Código de cargo: — (Ver tabla de códigos de cargos) | | | | | Recursos Humanos - Cantidad de horas cátedra: | | | | |
| ¿Cuál es su situación de planta? | | <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Suplente <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Transitoria | | | | | | | |
| ¿Cuál es el nivel de enseñanza? | | <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 <input type="checkbox"/> EGB3 <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Polimodal <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Otro | | | | | | | |
| ¿Qué asignatura dicta? | | | | | | | | | |
| Turno: | | <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Vespertino | <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Doble turno (jornada completa) | | |
| F. ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO PRIVADO | | | | | | | | | |
| F.1. ¿Ha trabajado alguna vez en el ámbito privado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No — (Continúe en el punto G) | | | | | | | | | |
| Por favor, describa su última experiencia: | | | | | | | | | |
| F.2. Establecimiento: | | | | | | | | | |
| F.3. Cargo: | | | | | | | | | |
| F.4. Periodo: Desde: Mes: Año: Hasta: Mes: Año: | | | | | | | | | |

MINISTERIO DE GOBIERNO
COORDINACIÓN GENERAL

MARIA FABIAN
GOBERNADORA



2225/08

Ricardo E. Chenuqueman
Jefe Departamento
Despacho Administrativo

00000172

G. IDIOMAS

- | | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Inglés | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Portugués | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| Otro | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |

¿Cuál?

H. CONOCIMIENTOS DE INFORMÁTICA

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| H.1. Procesadores de Texto: | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| H.2. Planillas de cálculo: | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| H.3. Internet: | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
| H.4. Lenguaje de programación: | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |

¿Cuál?

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| H.5. Conocimientos sobre base de datos: | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

¿Cuál?

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| H.6. Otros conocimientos informáticos: | <input type="checkbox"/> Avanzado | <input type="checkbox"/> Intermedio | <input type="checkbox"/> Inicial | <input type="checkbox"/> No sabe |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

¿Cuál?

I. EVALUACIÓN DE SU POSICIÓN ACTUAL

- L1. Pensando en sus responsabilidades y las tareas que desempeña diariamente, usted diría que se encuentra sobrecalificado, posee la capacitación adecuada o le falta capacitación?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sobrecalificado | <input type="checkbox"/> Falta capacitación |
| <input type="checkbox"/> Capacitación adecuada | |

L2. Enumere hasta 3 temas en los cuales desearía recibir capacitación adicional para completar su formación actual:

- L3. De aquí a 5 años a usted le gustaría continuar trabajando en este mismo sector, realizar otra actividad en el sector privado, continuar en el sector público pero en otra área, o jubilarse.
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajar en el mismo Sector | <input type="checkbox"/> Otra área dentro del sector público |
| <input type="checkbox"/> Otra actividad en el sector privado | <input type="checkbox"/> Jubilarse |

L4. A continuación se describen una serie de factores vinculados con la mejora de las condiciones laborales. Para cada uno de ellos marque si en su opinión contribuiría mucho, contribuiría bastante, contribuiría poco o no contribuiría nada en mejorar su sector.

(Contribuiría mucho M, Contribuiría bastante B, Contribuiría poco P y No contribuiría nada N)

- | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mejora del equipamiento de trabajo: _____ | M | B | P | N | Desarrollo de carrera administrativa: _____ | M | B | P | N |
| Conocimiento de los objetivos de la gestión: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mejora del nivel salarial: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mayor espacio físico: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Misiones y funciones claras: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mayor Capacitación: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mejora en las relaciones con los jefes: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Normas y procedimientos ágiles: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mejora en las relaciones con los pares: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estabilidad en los cargos y puestos: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

LOS PUNTOS A, B, C, D Y E REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

Fecha: _____

Lugar: _____

Firma: _____ Aclaración: _____



FABIANA RIOS
GOBERNADORA