

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,  
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO  
SUR

LEGISLADORES

Nº 403 PERÍODO LEGISLATIVO 1993

EXTRACTO **BLOQUE U.C.R** - Proyecto de ley otorgando una pensión graciable por vida al Sr. Ricardo Oscar Perez.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Entró en la Sesión** 23/09/1993

**Girado a la Comisión** \_\_\_\_\_  
**Nº:** \_\_\_\_\_

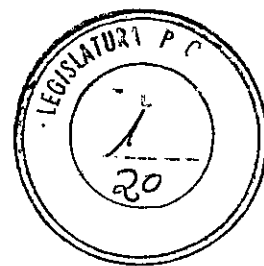
**Orden del día Nº:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Provincia de Tierra del Fuego,  
Antártida e Islas del Atlántico Sur  
LEGISLATURA PROVINCIAL

Bloque Unión Cívica Radical

|                        |          |
|------------------------|----------|
| LEGISLATURA PROVINCIAL |          |
| SECRETARIA LEGISLATIVA |          |
| 21.09.93               |          |
| MESA DE ENTRADA        |          |
| Nº 403                 | HS. 1635 |
| FIRMA                  |          |



## FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El Señor Ricardo Oscar Perez, reside en la Ciudad de Río Grande desde el año 1986, actualmente habita un típico departamento del Complejo Chacra II, que cuenta con todos los servicios y comodidades necesarias y del cual es adjudicatario.

Dicho Señor, trabajó hasta junio del año pasado en la Empresa Servicios Petroleros Fueguinos, cuando sufre un infarto del que se recupera quedando cesante a fines del mismo año por finalización del contrato, de ahí en más no ha tenido posibilidades de acceder a ningún trabajo estable por su grado de incapacidad física.

En la Ciudad de Río Grande trabaja desde el año 1986 en la Empresa Patagonia Austral (contratista de Y.P.F.), durante los años 1988 y 1989 en la Empresa Empress S.A. (contratista de Y.P.F.), en 1990 se desempeñó en la Empresa Sardi de Seguridad Privada, en 1991 en Maser S.R.L. y en 1992 en Servicios Petroleros Fueguinos ambas contratistas de Total.

Según el acta de Junta Médica, padece de Hipertensión arterial, miocardiopatía dilatada, complicada con fibrilación auricular aguda y descompensación hemodinámica, espasmo coronario, documentado por coronariografía, lo cual lo inhabilita laboralmente en un 85%.

La situación socio económica del Sr. Perez Ricardo es sumamente crítica, debido a la falta de ingresos al hogar conyugal y para su diario sustento recurre al auxilio público.

Señor Presidente, por lo expuesto es que solicitamos se apruebe el presente Proyecto de Ley.

PABLO DANIEL BLANCO  
Legislador  
Legislatura Provincial

JORGE RABASSA  
Legislador  
Legislatura Provincial



Provincia de Tierra del Fuego,  
Antártida e Islas del Atlántico Sur  
LEGISLATURA PROVINCIAL

Bloque Unión Cívica Radical



**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE LA TIERRA DEL  
FUEGO, ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR**

**SANCIONA CON FUERZA DE LEY:**

**ARTÍCULO 1º:** Otórguese una Pensión Graciable por vida, hasta tanto mejore de fortuna, al Señor Ricardo Oscar Perez, L.E.: 5.462.169, con domicilio en Pioneros Fueguinos 477, Edificio 10, 1º A, de Chacra II de la Ciudad de Río Grande.

**ARTÍCULO 2º:** El importe de la pensión a que se refiere el artículo 1º de la presente, será equivalente al monto total de una pensión categoría 10 de la Administración Pública Provincial, que perciban los pensionados amparados por la Ley Territorial Nº 244 y se modificará toda vez que lo sea para la referida administración.

**ARTÍCULO 3º:** El beneficiario de la presente Ley, gozará de las mismas coberturas sociales y en las mismas condiciones que les son brindadas a los agentes de la Administración Pública Provincial.

**ARTÍCULO 4º:** La pensión concedida por el artículo 1º, regirá a partir de la promulgación de la presente Ley.

**ARTÍCULO 5º:** El gasto que demande el cumplimiento de la presente, será imputado a las partidas presupuestarias correspondientes.

**ARTÍCULO 6º:** Para el supuesto que el destinatario de la ley, tenga otorgado en su favor otro beneficio similar o análogo, deberá acreditar haber renunciado a éste para poder usufructuar del otorgado por la presente.

**ARTÍCULO 7º:** El poder Ejecutivo Provincial arbitrará, a través de los organismos competentes, los medios necesarios para el seguimiento del beneficio.

**ARTÍCULO 8º:** Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.

PABLO DANIEL BUONICO  
Legislador  
Legislatura Provincial

Jorge Rabassa  
Legislador  
Legislatura Provincial

MUNICIPALIDAD DE RIO GRANDE  
DIRECCION DE ACCION SOCIAL



NOTA N° 441 / 93  
LETRA: M.R.G.A.S.

RIO GRANDE, 02 de Agosto de 1993.-

Secretaria de  
Asuntos Sociales  
Sra. Yolanda González  
S. / D.

Me dirijo a Ud. a efectos de solicitarle, tenga a bien elevar la solicitud que adjunto, al Legislador Sr. Pablo Blanco, con el fin de que se considere la posibilidad de encuadrar al Sr. PEREZ, Ricardo dentro de los beneficios que brinda la Ley 303/87 de Pensiones Sociales.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.-

|                       |
|-----------------------|
| Secr Ases<br>Sociales |
| CV                    |
|                       |
|                       |



  
**MIRTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Rio Grande

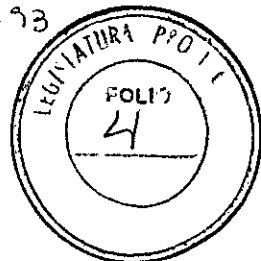
Nota No: 995 / 93 (SAB)  
Vo.Bo. Paso a Secretaría de  
Legislatura Provincial  
a sus efectos. Rio Grande,  
20893

  
**YOLANDA GONZALEZ**  
Secretaria de Asuntos Sociales  
Municipalidad de Rio Grande

Señor Director de Acción Social.

Mirte Oviedo.

20 de Julio de 1993



Me dirijo a Ud a efecto de solicitarle la tramitación ante quien corresponde de una pensión por incapacidad, ya que debido a problemas de salud estoy incapacitado de ejercer cualquier función laboral.

Asimismo le manifiesto que carezco de Obro Social o beneficio pensional alguno por lo que mi situación económica se torna agobiante.

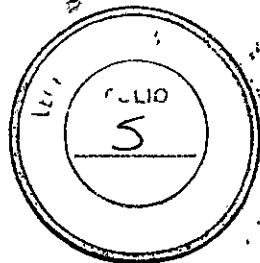
Sin otro particular y esperando el diligenciamiento de mi petición, le saluda muy atentamente

  
Ricardo Oscar Perez

L.E. N° 5.462.169

Domicilio Primeros Esquinos 477 Ed. 1º A  
Chacca II Río Grande.

  
MIRTA OVIEDO  
Dirección ACCIÓN SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande



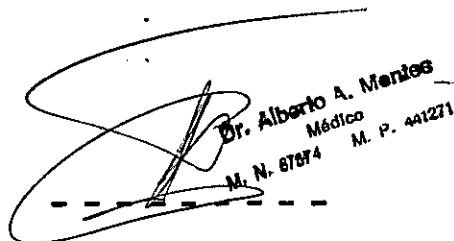
ACTA DE JUNTA MEDICA No 02/93

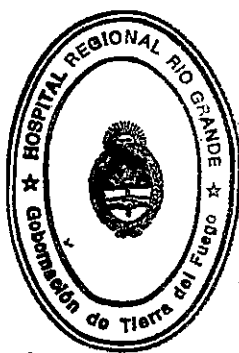
----- En la ciudad de Río Grande, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los .16. . . . días del mes de JULIO . . de 1.99 3 , siendo las . . . . . horas se reunen en el Hospital Regional Río Grande los doctores: . MONTES . . . . . ALBERTO Y FARKAS ADALBERTO ADOLFO. . . . . con el fin de diagnosticar el estado actual de salud de la señor /a SEÑOR: . PEREZ . . . . . RICARDO . OSCAR

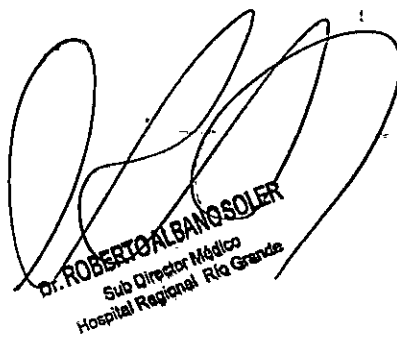
Efectuada la revisión clínica correspondiente, controlados los estudios realizados, los profesionales determinan: INCAPACIDAD LABORAL 85%. . . . . REALIZADA JUNTA MEDICA EN PRESENCIA DE QUIENES SUSCRIBEN, SE DETERMINA DE ACUERDO A INFORMACION DE HC Y ESTUDIOS REALIZADOS EN BUENOS AIRES. DIAGNOSTICO: HIPERTENSION ARTERIAL. MIOCARDIOPATIA DILATADA, COMPLICADA CON FIBRILACION AURICULAR AGUDA Y DESCOMPENSACION HEMODINAMICA. ESPASMO CORONARIO, DOCUMENTADO POR CORONARIOGRAFIA. HTA. CON COMPROMISO MIOCARDIACO POR HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA. . . . .

----- No habiendo para más y siendo la hora . . . . . se da por finalizada esta Junta Médica con la firma de sus componentes.

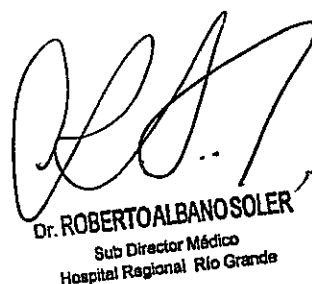
  
- Dr. ADALBERTO FARKAS  
M. N. 33715

  
Dr. Alberto A. Montes  
Médico  
M. N. 67874 M. P. 441271

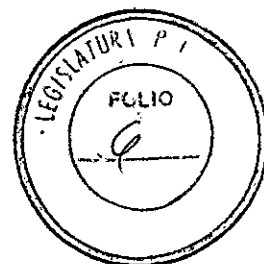


  
Dr. ROBERTO ALBANOSOLER  
Sub Director Médico  
Hospital Regional Río Grande

NOTA: vale QUIENES E HIPERTROFIA.

  
Dr. ROBERTO ALBANOSOLER  
Sub Director Médico  
Hospital Regional Río Grande

  
MIRTA OVIEDO  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande



## INFORME SOCIAL

APELLIDO Y NOMBRES: PEREZ, Ricardo Oscar  
DOMICILIO: PIONEROS FUEGUINOS 477 Ed. 10 1º A  
EDAD: 58 años.  
DOCUMENTO: L.E 5.462.169.  
ESTADO CIVIL: CASADO.  
NACIONALIDAD: ARGENTINA.  
MOTIVO DEL INFORME: SOLICITUD DE PENSION SOCIAL POR INCAPACIDAD.

### GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

CONYUGE: TORRES Elsa Orlinda/ 56 años/ ARGENTINA/ L.C 3.551.300/  
AMA DE CASA.

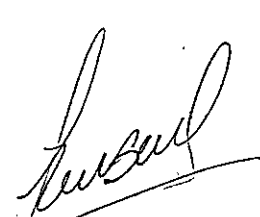
### DIAGNOSTICO DE LA SITUACION

El Sr. Perez reside en nuestra ciudad con su esposa desde el año 1986, actualmente habita un típico departamento del Complejo : Chacra II, que cuenta con todos los servicios y consta de dos dormitorios cocina, baño y living-comedor, del cual es adjudicatario.

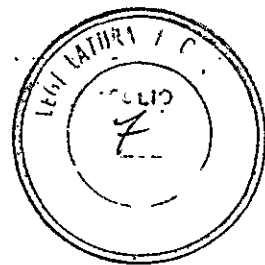
El mentado trabajó efectivamente hasta junio del año pasado en la empresa Servicios Petroleros Fueguinos, cuando sufre un infarto del que se recupera quedando cesante a fines del mismo año por finalización del contrato, de ahí en más no ha tenido posibilidades de acceder a ningún trabajo estable por su grado de incapacidad física.

Manifiesta asimismo que trabaja en Río Grande desde el año 1986 en la Empresa Patagonia Austral (contratista de Y.P.F), durante los años 88 y 89 en la Empresa EMPRESS S.A.(contratista de Y.P.F), en 1990 se desempeñó en la empresa SARDI de Seguridad Privada, en 1991 en Maser S.R.L (contratista de Total) y en 1992 en Servicios Petroleros Fueguinos también contratista de Total.

La situación socio-económica actual es sumamente crítica, debido a la falta de ingresos al hogar conyugal y para su diario sustento recurre al auxilio público.

  
**MIRTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande





DECLARACION JURADA

El que suscribe: RICARDO OSCAR PEREZ  
de nacionalidad Argentino, de 58 años de edad, de estado ci-  
vil CASADO, de ocupación Desocupado, con domiciliado en PIQUERO  
FUEGUINO 477 = ESE 10 = 1º A, Documento de Identidad L.E.  
5.462.169.

DECLARA MEDIANTE JURAMENTO:

No he norue amparado por Regimen Provisional o de  
Deten Alguano, ni Roser Bienes de ninguna Nacion  
Efecto de la Adjudicación de la Vivienda familiar unico  
y Residencia Permanente por el Instituto Provincial de  
la Vivienda, Tampoco desempeño actividad Remu-  
nerada Alguna

A efectos de ser presentado ante: Acción Social Municipal  
idad Río Grande

Expedido el presente en la ciudad de Río Grande, Provincia de la  
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a los 23  
días del mes de junio del año mil novecientos noventa y tres.



GO TO 12 JUAN DOMINGO ALOMO  
COMISARIA TERCERA

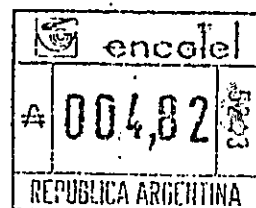
Firma Intercedido

MIRTA OVIEDO  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande

COM  
AR

034967

Señor:  
PEREZ, Ricardo Oscar  
Pioneros Fueguinos 477.  
Edif. 10-1er. Piso "A".  
9.420-RIO GRANDE.  
TIERRA DEL FUEGO



**Empress**  
sa

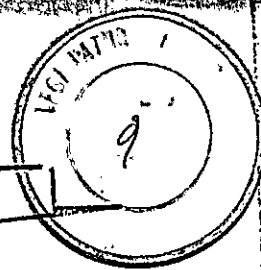
LLAMES MASSINI 2450  
T.E. 26493 - C.C. 961  
B9 Industrial  
C. Rivadavia 9000 (Chubut)

Río Gallegos  
Santa Cruz

DON BOSCO 1148  
T. E. 24168/69  
Río Grande  
Tierra del Fuego



*Mirta Oviedo*  
**MIRTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande



CERTIFICACION DE CESACION DE SERVICIOS DEL AFILIADO

DATOS DEL EMPLEADOR

|                                    |       |          |         |                    |               |
|------------------------------------|-------|----------|---------|--------------------|---------------|
| EMPRESS S.A.                       |       |          |         | 62.802.152         | 09-Com.       |
| apellidos y nombres ó razón social |       |          |         | no. de inscripción | ex. Caja      |
| Llames Massini - Bº Indust.        | 2.450 | Com.Riv. | Chubut. | 9.000              | 26493         |
| domicilio / Calle                  |       |          |         | número             | localidad     |
|                                    |       |          |         | provincia          | código postal |
|                                    |       |          |         |                    | teléfono      |

DATOS DEL AFILIADO

|                                                         |  |                                                                                                                                         |            |                                                |          |
|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------|----------|
| PEREZ, Ricardo Oscar.                                   |  |                                                                                                                                         |            |                                                |          |
| apellidos y nombres completos                           |  |                                                                                                                                         |            | no. de afiliación                              | ex. Caja |
| documento                                               |  | L.E. <input checked="" type="checkbox"/> L.G. <input type="checkbox"/><br>C.I. <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> | número     | expedido por                                   |          |
|                                                         |  |                                                                                                                                         | 5.462.169  |                                                |          |
| tareas desempeñadas al cesar                            |  | Chofer.                                                                                                                                 |            | fecha cesación                                 | 31.03.89 |
| causa de cesación (1) Despedido.                        |  | Indem. por Antig. : \$0,91                                                                                                              |            | fecha hasta la que se pagó haberes             | 31.03.89 |
| CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL ULTIMO PAGO EN PESOS XXXXXXXX |  |                                                                                                                                         |            |                                                |          |
| sueldo mensual                                          |  | aguinaldo                                                                                                                               | vacaciones | Indem. por Antig. : \$0,91 Por Previso: \$0,49 |          |
| 0,27                                                    |  | 0,13                                                                                                                                    |            |                                                |          |

ANTICIPOS - AFECTACIONES - PRESTAMOS - SEGUROS

|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ANTICIPO JUBILATORIO                                  |                         | Otros descuentos que afecten haber jub. (3) |                             | OBRAS SOCIALES (4)                                         |                                                            |
| monto cuota                                           | fecha desde que percibe |                                             |                             |                                                            |                                                            |
|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |
| SEGURO OBLIGATORIO                                    |                         |                                             | SEGURO ADICIONAL            |                                                            |                                                            |
| monto del capital asegurado                           | último mes descontado   | importe cuota                               | monto del capital asegurado | último mes descontado                                      | importe cuota                                              |
|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |
| PRESTAMOS PERSONALES CAJA NACIONAL DE AHORRO Y SEGURO |                         |                                             |                             |                                                            | AFILIACIONES                                               |
| monto préstamo                                        | monto cuota mensual     | último mes descontado                       | cuántas pendientes          | ¿se descuenta?                                             | Sindicato del Seguro                                       |
|                                                       |                         |                                             |                             | SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | As. Bancaria                                               |
|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            | SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |
| IMPUESTO A LAS GANANCIAS (5)                          |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |
| Monto de la retención                                 |                         |                                             | Remuneraciones percibidas   |                                                            |                                                            |
|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |
| CONTRIBUYENTE DIRECTO - No. DE INSCRIPCION:           |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |

OBSERVACIONES:

RUSSO, Raúl Eduardo.

Apellido y Nombre del Empleador ó Autorizado

Lugar y Fecha, Com.Riv., 08.03.93.

DNI. 10.146.778

Tipo y Número de Documento

(6) Firma del Empleador Autorizado

CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR AUTORIZADO

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y corresponde a: .....  
..... quien acredita su identidad con: ..... No. fin. .... expedida por: .....  
..... y que su ..... EMPRESS S.A.

Lugar y Fecha,

(7) Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante

por las fechas ..... ni por el con .....  
del presente documento

G. TAMBURO  
1. 289

MIRTA OVIEDO  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande

## IMPORTANTE :

PARA SER LLENADA POR EL AFILIADO QUE HABIENDO CESADO SOLICITA JUBILACION ANTE ESTA CAJA.

Declaro bajo juramento haber cesado en toda actividad remunerada en relación de dependencia, desde el día ..... de ..... de 19....., comprometiéndome a comunicar a esa Caja si volviere a trabajar en las mismas condiciones.

Me domicilio en

Calle ..... Nro. .... Piso ..... Depto .....

Código Postal ..... de la Localidad de ..... Provincia .....

Lugar y Fecha,

Firma y Sello de Autoridad Certificante (7)

Firma del Afiliado  
(de no saber firmar - impresión dígito pulgar)

OPTO POR CONTINUAR ASEGURADO EN LA CAJA NACIONAL DE AHORRO Y SEGURO (9)

Seguro Obligatorio SI ☐  
NO ☐

Seguro Adicional SI ☐  
NO ☐

• INSTRUCCIONES •

- (1) Indicar la causa de cesación: renuncia, despido, enfermedad, accidente de trabajo, fallecimiento, etc.
- (2) Consignar si los hubiere, las sumas correspondientes a gratificaciones, participaciones, habilitaciones, retroactividades, etc., indicando el concepto y período respectivo.
- (3) Aclarar tipo de descuento y monto o porcentaje mensual.
- (4) Indicar Institución y monto o porcentaje mensual.
- (5) Se deja constancia que el rubro Impuesto a las Ganancias debe ser completado por el empleador cuando el cese de actividades fuere distinto al 31 de diciembre, consignándose las remuneraciones del último mes en que se hubiere prestado servicios.
- (6) Deberá firmar el empleador o persona autorizada ante la Caja.
- (7) La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada y del afiliado deberá realizarla autoridad Bancaria, Previsional, Judicial o Notarial.
- (8) Esta Declaración Jurada no deberá llenarse en los tramites de Pensión y Reconocimiento de Servicios.
- (9) Solamente deben cumplimentarlo, los que hubieren trabajado en empresas nacionales o mixtas.

10

**B** DATOS DEL EMPLEADOR

|                                    |        |           |                                                          |                                                 |           |
|------------------------------------|--------|-----------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|
| HNOS. GONZALEZ LOPEZ S.A.          |        |           |                                                          | 1.328.239                                       | 09-Com.   |
| Apellidos y nombres o razón social |        |           |                                                          | Nº inscripción                                  | ex - Caja |
| Pedro Co. lello-Bº Industrial.     | 323    | Com.Riv.  | Chubut                                                   | 9.000                                           | 24027     |
| domicilio - Calle                  | número | localidad | provincia                                                | código postal                                   | teléfono  |
| Transportes Generales.             |        |           | Registros Rubricados <input checked="" type="checkbox"/> | Registros sin Rubricar <input type="checkbox"/> |           |
|                                    |        |           | Comprobantes <input checked="" type="checkbox"/>         | Otros (*) <input type="checkbox"/>              |           |
| actividad que desempeña            |        |           | Marcar con X la fuente documental de lo que certifica    |                                                 |           |
| (*) Especificar Otros : .....      |        |           |                                                          |                                                 |           |

**C** DETALLE DE REMUNERACIONES Y SERVICIOS

[illegible]

Form. 403 d.

**MIRTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande

DETALLE DE SERVICIOS ANTERIORES AL PRIMER DIA CERTIFICADO AL FRENTE

| AÑO | Carácter de los Servicios<br>código | TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO |      |       | DENOMINACION DE LAS TAREAS | AÑO | Carácter de los Servicios<br>código | TIEMPO EFECTIVO DE TRABAJO |      |       | DENOMINACION DE LAS TAREAS |
|-----|-------------------------------------|----------------------------|------|-------|----------------------------|-----|-------------------------------------|----------------------------|------|-------|----------------------------|
|     |                                     | meses                      | días | horas |                            |     |                                     | meses                      | días | horas |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |
|     |                                     |                            |      |       |                            |     |                                     |                            |      |       |                            |

Observaciones: .....

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL EMPLEADOR

Domicilio de radicación de la fuente documental: Ilames Massini 2.450-Bº Indust.-Com.Riv.

Otros números de inscripción (y en Caja), que se posea.

De certificar tareas diferenciales, consignar normal legal

Observaciones: Las remuneraciones están expresadas en Pesos.

FIRMA DEL EMPLEADOR O AUTORIZADO

Apellido y Nombres del Empleador o Autorizado

LUGAR Y FECHA,

DMT 14920 143

Tipo y Número de Documento  
P/HNOS. GONZALEZ LOPEZ S.A.  
RICARDO LUIS GONZALEZ  
Representante

Firma del Empleador o Autorizado

CERTIFICACION DE FIRMA

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a: Ricardo Luis Lopez.....  
..... quien acredita su identidad con: DMT..... N° 14 920 143.....

expedida por

LUGAR Y FECHA,

BANCO DE LA PROVINCIA  
DEL CHUBUT,  
10 FEB. 1993  
CUENTAS CORRIENTES  
COMODORO RIVADAVIA

Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante

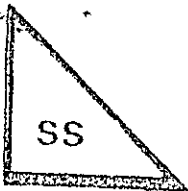
### A DATOS DEL AFILIADO:

**B** DATOS DEL EMPLEADOR

**C** DETALLE DE REMUNERACIONES Y SERVICIOS

**MIERTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande





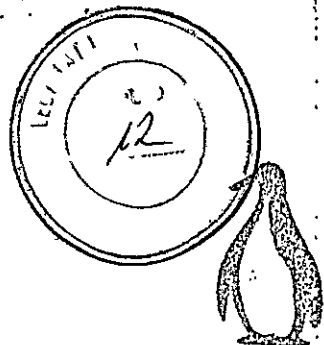
SARDI (SA. SE. PRI.)  
SEGURIDAD

EMPRESA DE SEGURIDAD PRIVADA

Alberdi 359 - Casa Central  
Enlace Bs. As. ☎ 245-1065

9 de Julio 798 - Suc. Nro. 1 ☎ 22751  
9420 - Río Grande - Tierra del Fuego

T.E. 23054-23062



CERTIFICADO DE TRABAJO Y PRESTACION DE SERVICIOS

----- CERTIFICAMOS que el Sr. **PEREZ RICARDO OSCAR**, documento N° **L.E. 5462169.-**, presta/o Servicios en esta Empresa de Seguridad desde **31. /03. /1990**, hasta **27.12.1990**. Mereciendo durante su permanencia, un Concepto **MUY BUENO.-**

----- Inscripta en la CAJA NACIONAL DE PREVISION DE LA INDUSTRIA, COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES, bajo el N° 1422441.-

----- Extendemos el presente Certificado, a solicitud del interesado y al solo efecto de ser presentado ante las autoridades de:

RIO GRANDE (TDF), **2 MAR 1993**



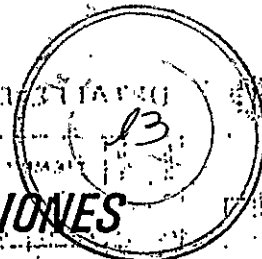
**CARLOS ALBERTO FORNIGLIA**  
Jefe de Personal  
SARDI SEGURIDAD (Sa.Se.Pri.)  
Emp. de Seguridad Privada

  
**MIRTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande



Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  
CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN DE LA INDUSTRIA,  
COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES

**EXPEDIENTE Nº**



## CERTIFICACION DE SERVICIOS Y REMUNERACIONES

### **A** DATOS DEL AFILIADO

|                                            |                    |                   |                     |
|--------------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| PEREZ, RICARDO                             |                    |                   |                     |
| Apellidos y nombres completos              |                    | Nº afiliación     | ex - Caja           |
| L.E. Nº.....                               | D.N.I. Nº.....     |                   |                     |
| L.C. Nº.....                               | C.I. Nº 12.970.364 |                   | 15-01-91            |
| Documentos - Consignar todos los que posea |                    | C.E. expedida por | fecha de nacimiento |
|                                            |                    |                   | fecha de ingreso    |

## B DATOS DEL EMPLEADOR

|                                    |  |                                                                                                                                                                                      |           |                |               |
|------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|---------------|
| MASER .S.R.L.                      |  |                                                                                                                                                                                      |           | 62933889       |               |
| Apellidos y nombres o razón social |  |                                                                                                                                                                                      |           | Nº inscripción |               |
| Ameghino                           |  | 1271                                                                                                                                                                                 | C. Rivad  | 9000           |               |
| domicilio — Calle                  |  | número                                                                                                                                                                               | localidad | provincia      | código postal |
| Servicios Petroleros               |  |                                                                                                                                                                                      |           |                |               |
| actividad que desempeña            |  | Registros Rubricados <input type="checkbox"/> Registros sin Rubricar <input type="checkbox"/><br>Comprobantes <input checked="" type="checkbox"/> Otros (*) <input type="checkbox"/> |           |                |               |
| (P) Especificar Otros: .....       |  | Marcar con X la fuente documental de lo que certifica                                                                                                                                |           |                |               |

**C DETALLE DE REMUNERACIONES Y SERVICIOS**

[illegible]

Form. 403 d.

**MIRTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Rio Grande

FA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMIENTO (FORM. 7427)

**D**

Observaciones:Deposito de ratificación de la fuente documental

Cartas números de inscripción (y ex-Caja), que se posea.

14. certificar tareas diferenciales, conseguir normal legal

**Observaciones:**

## Index

RIOJA, JOSE

.....  
Apellido y Nombres del Empleador o Autorizado

L.E. 8.168.315

.....  
Tipo y Número de Documento

Comodoro Rivadavia, 03 de Mayo de 1993.-

LUGAR Y FECHA.

Firma del Empleador o Autorizado

## C

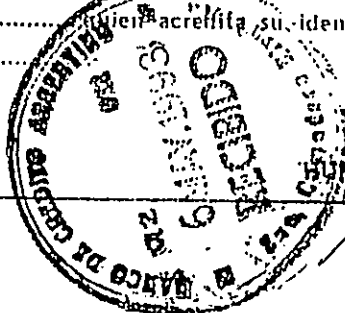
Certifico que la firma que antecede fue ~~puesta ante mi~~ y corresponde a:

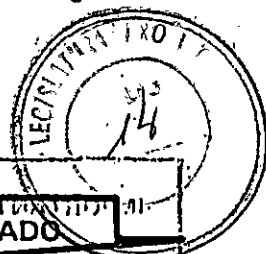
..... Verificar y acreditar su identidad con:

expedida por

LUGAR Y FECHA.

IMBERTO CONTRERAS.....  
AYUDANTE DE FIRMA de la Autoridad Certificante





CERTIFICACION DE CESACION DE SERVICIOS DEL AFILIADO

A DATOS DEL EMPLEADOR

|                                             |  |                          |  |                |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------------|--|
| RUBRO: 1271                                 |  | C. RIVAD. CHUBUT         |  | 9000           |  |
| Apellido y nombre de razón social: AMEGHINO |  | no. de inscripción: 1271 |  | ex. Caja: 9000 |  |
| domicilio / Calle                           |  | número                   |  | localidad      |  |
| provincia                                   |  | código postal            |  | teléfono       |  |

B DATOS DEL AFILIADO

|                                                                                                                                                 |  |                          |  |                                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| Apellido y nombres completos: OMEZ, RICARDO                                                                                                     |  | no. de afiliación        |  | ex. Caja                                         |  |
| documento: L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input checked="" type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> |  | número: 12970.364        |  | expedido por                                     |  |
| tareas desempeñadas al cesar: Camarero                                                                                                          |  | fecha cesación: 31-12-91 |  | fecha hasta la que se pagó haberes: Diciembre/91 |  |
| causa de cesación (1) Finalización de Contrato                                                                                                  |  |                          |  |                                                  |  |
| CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL ULTIMO PAGO EN PESOS ARGENTINOS                                                                                       |  |                          |  |                                                  |  |
| sueldo mensual: 843,36                                                                                                                          |  | aguinaldo: 474,41        |  | vacaciones: 474,41                               |  |
| otros conceptos (2)                                                                                                                             |  |                          |  |                                                  |  |

C ANTICIPOSA DE AFECTACIONES - PRESTAMOS - SEGUROS

|                             |  |                                             |  |                    |  |
|-----------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------|--|
| ANTICIPO JUBILATORIO        |  | Otros descuentos que afecten haber jub. (3) |  | OBRAS SOCIALES (4) |  |
| monto cuota                 |  | fecha desde que percibe                     |  | monto cuota        |  |
| SEGURO OBLIGATORIO          |  | SEGURO ADICIONAL                            |  |                    |  |
| monto del capital asegurado |  | último mes descontado                       |  | importe cuota      |  |
| monto del capital asegurado |  | último mes descontado                       |  | importe cuota      |  |

PRESTAMOS PERSONALES CAJA NACIONAL DE AHORRO Y SEGURO

|                                                         |                                                         |                                                         |                                                         |                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| monto préstamo                                          | monto cuota mensual                                     | último mes descontado                                   | cuotas pendientes                                       | se descuentan                                           |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

AFILIACIONES

|                      |                                                         |
|----------------------|---------------------------------------------------------|
| Sindicato del Seguro | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Asociación Bancaria  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

IMPUESTO A LAS GANANCIAS (5)

|                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| Monto de la retención | Remuneraciones percibidas |
|                       |                           |

CONTRIBUYENTE DIRECTO - No. DE INSCRIPCION:

OBSERVACIONES:

RIOJA, JOSE

Apellido y Nombre del Empleador o Autorizado

Lugar y Fecha,

Comodoro Rivadavia, 03 de mayo 1993

L.E. 8.168.315

Apellido y Nombre del Empleador o Autorizado

Firma del Empleador o Autorizado

CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR (AUTORIZADO)

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y corresponde a: RIOJA, JOSE  
quien acredita su identidad con: L.E. 8.168.315 expedida por: 9000

Lugar y Fecha:

Firma y sello del representante de la Autoridad Certificante

MIRTA OVIEDO  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande

# DECLARACION JURADA DEL AFILIADO (8)

## IMPORTANTE:

PARA SER LLENADA POR EL AFILIADO QUE HABIENDO CESADO SOLICITA JUBILACION ANTE ESTA CAJA.

Declaro bajo juramento haber cesado en toda actividad remunerada en relación de dependencia, desde el día ..... de ..... de 19....., comprometiéndome a comunicar a esa Caja si volviere a trabajar en las mismas condiciones.

Me domicilio en:

Calle: ..... Nro. .... Piso ..... Depto .....

Código Postal: ..... de la Localidad de ..... Provincia .....

Lugar y Fecha,

Firma y Sello de Autoridad Certificante (7)

Firma del Afiliado (de no saber firmar - impresión dígito pulgar)

## OPTO POR CONTINUAR ASEGURADO EN LA CAJA NACIONAL DE AHORRO Y SEGURO (9)

Seguro Obligatorio

SI

NO

Seguro Adicional

SI

NO

## INSTRUCCIONES

- 1) Indicar la causa de cesación: renuncia, despido, enfermedad, accidente de trabajo, fallecimiento, etc.
- 2) Consignar si los hubiere, las sumas correspondientes a gratificaciones, participaciones, habilitaciones, retroactividades, etc. indicando el concepto y período respectivo.
- 3) Aclarar tipo de descuento y monto o porcentaje mensual.
- 4) Indicar Institución y monto ó porcentaje mensual.
- 5) Se deja constancia que el rubro Impuesto a las Ganancias debe ser completado por el empleador cuando el cese de actividades fuere distinto al 31 de diciembre, consignándose las remuneraciones del último mes en que se hubiere prestado servicios.
- 6) Deberá firmar el empleador ó persona autorizada ante la Caja.
- 7) La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada y del afiliado deberá realizarla autoridad Bancaria, Previsional, Judicial o Notarial.
- 8) Esta Declaración Jurada no deberá llenarse en los trámites de Pensión y Reconocimiento de Servicios.
- 9) Solamente deben cumplimentarlo, los que hubieren trabajado en empresas nacionales o mixtas.

EMPRESA : MASER S.R.L.  
DIRECCION: Perito Moreno 770  
LOCALIDAD: Rio Grande - T. del Fuego

PEREZ, RICARDO  
BOC. CREDITO  
OCT 91 07-11-91 MUCAMO 15/01/91

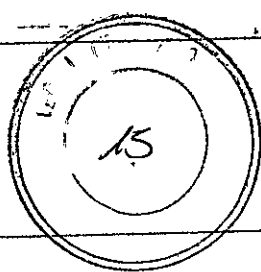
|                    |     |                                  |         |
|--------------------|-----|----------------------------------|---------|
| NOVIEMBRE 91       |     | RIO GRANDE, 03 de DICIEMBRE 1991 |         |
| Básico + Zona      | 001 | 4769376.00                       |         |
| Horas Extras 50%   | 004 | 1131680.00                       |         |
| Horas Extras 100%  | 005 | 823040.00                        |         |
| Horas de Viaje     | 008 | 230328.00                        |         |
| Desarraigo         | 009 | 991972.00                        |         |
| Adicional compens. | 011 | 287230.00                        |         |
| Vacaciones         | 013 | 4744104.00                       |         |
| SUBTOTAL.....      |     | 13177730.00                      |         |
| Jubilación         | 100 | 1317773.00                       |         |
| Ley 19.032         | 101 | 395332.00                        |         |
| Obra Social        | 102 | 395332.00                        |         |
| Esposa             | 200 | 320000.00                        |         |
| SUBTOTAL.....      |     | 13497730                         | 2108437 |

PEREZ, RICARDO  
BOC. CREDITO  
OCT 91 07-11-91 MUCAMO 15/01/91

EMPRESA : MASER S.R.L.  
DIRECCION: Perito Moreno 770  
LOCALIDAD: Rio Grande - T. del Fuego

PEREZ, RICARDO  
BOC. DE CREDITO SET 91  
07-10-91 MUCAMO 15/01/91

|                      |     |                                  |         |
|----------------------|-----|----------------------------------|---------|
| OCTUBRE 1991         |     | RIO GRANDE, 04 NOVIEMBRE 1991. - |         |
| Básico + Zona        | 001 | 7454064.00                       |         |
| Horas Extras 50%     | 004 | 1854336.00                       |         |
| Horas Extras 100%    | 005 | 674304.00                        |         |
| Ferriados trabajados | 007 | 506852.00                        |         |
| Horas de Viaje       | 008 | 115164.00                        |         |
| Desarraigo           | 009 | 1151936.00                       |         |
| Adicional compens.   | 011 | 1421490.00                       |         |
| SUBTOTAL.....        |     | 13178146.00                      |         |
| Jubilación           | 100 | 1317815.00                       |         |
| Ley 19.032           | 101 | 395344.00                        |         |
| Obra Social          | 102 | 395344.00                        |         |
| Esposa               | 200 | 320000.00                        |         |
| SUBTOTAL.....        |     | 13498146                         | 2108502 |



PEREZ, RICARDO  
BOC. DE CREDITO SET 91  
07-10-91 MUCAMO 15/01/91



## CERTIFICACION DE CESACION DE SERVICIOS DEL AFILIADO

## A DATOS DEL EMPLEADOR

|                                       |        |           |           |                    |          |
|---------------------------------------|--------|-----------|-----------|--------------------|----------|
| SERVICIOS PETROLEROS FUEGUINOS S.R.L. |        |           |           | 63818303           |          |
| apellidos y nombres ó razón social    |        |           |           | no. de inscripción | ex- Caja |
| THORNE                                | 641    | RIO GDE   | T.D.F.    | 9420               |          |
| domicilio / Calle                     | número | localidad | provincia | código postal      | teléfono |

## B DATOS DEL AFILIADO

|                                                           |                                                                                                                                         |            |                     |                                    |          |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|------------------------------------|----------|
| PEREZ RICARDO OSCAR                                       |                                                                                                                                         |            |                     |                                    |          |
| apellidos y nombres completos                             |                                                                                                                                         |            |                     | no. de afiliación                  | ex- Caja |
| documento                                                 | L.E. <input checked="" type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/><br>C.I. <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> | número     |                     | expedido por                       |          |
|                                                           |                                                                                                                                         | 5.462.169  |                     |                                    |          |
| tareas desempeñadas al cesar                              |                                                                                                                                         |            |                     | fecha cesación                     | 31-12-92 |
| causa de cesación (1) Finalización de Contrato            |                                                                                                                                         |            |                     | fecha hasta la que se pagó haberes | 31-12-92 |
| CONCEPTOS QUE INTEGRAN EL ULTIMO PAGO EN PESOS ARGENTINOS |                                                                                                                                         |            |                     |                                    |          |
| suelo mensual                                             | aguinaldo                                                                                                                               | vacaciones | otros conceptos (2) |                                    |          |
| 1342,00                                                   | 671                                                                                                                                     | 451,75     |                     |                                    |          |

## C ANTICIPOS - AFECTACIONES - PRESTAMOS - SEGUROS

|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ANTICIPO JUBILATORIO                                  |                         | Otros descuentos que afecten haber jub. (3) |                             | OBRAS SOCIALES (4)                                         |                                                            |                                                            |
| monto cuota                                           | fecha desde que percibe |                                             |                             |                                                            |                                                            |                                                            |
|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |                                                            |
| SEGURO OBLIGATORIO                                    |                         |                                             | SEGURO ADICIONAL            |                                                            |                                                            |                                                            |
| monto del capital asegurado                           | último mes descontado   | importe cuota                               | monto del capital asegurado | último mes descontado                                      | importe cuota                                              |                                                            |
|                                                       |                         |                                             |                             |                                                            |                                                            |                                                            |
| PRESTAMOS PERSONALES CAJA NACIONAL DE AHORRO Y SEGURO |                         |                                             |                             |                                                            | AFILIACIONES                                               |                                                            |
| monto préstamo                                        | monto cuota mensual     | último mes descontado                       | cuotas pendientes           | ¿se descuenta?                                             | Sindicato del Seguro                                       | As. Bancaria                                               |
|                                                       |                         |                                             |                             | SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/><br>NO <input type="checkbox"/> |

|                                              |                           |
|----------------------------------------------|---------------------------|
| IMPUESTO A LAS GANANCIAS (5)                 |                           |
| Monto de la retención                        | Remuneraciones percibidas |
|                                              |                           |
| CONTRIBUYENTE DIRECTO -- No. DE INSCRIPCION: |                           |

## OBSERVACIONES:

GARCIA, Alejandro José

Apellido y Nombre del Empleador ó Autorizado

Lugar y Fecha

L.E. No 7.328.342

Tipo y Número de Documento

SERVICIOS PETROLEROS FUEGUINOS S.R.L.

(6) Firma del Empleador ó Autorizado

|                                                                               |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| CERTIFICACION DE LA IDENTIDAD Y DOCUMENTO DEL EMPLEADOR AUTORIZADO            |                                                            |
| Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a: ..... |                                                            |
| ..... quien acredita su identidad con: ..... No. .... expedida por .....      |                                                            |
| Lugar y Fecha,                                                                | (7) Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Certificante |

MIRTA OVIEDO

Dirección ACCION SOCIAL

Municipalidad de Río Grande

DECLARACION JURADA DEL AFILIADO (8)

**IMPORTANTE :**

**PARA SER LLENADA POR EL AFILIADO QUE HABIENDO CESADO SOLICITA JUBILACION ANTE ESTA CAJA.**

Declaro bajo juramento haber cesado en toda actividad remunerada en relación de dependencia, desde el día ..... de ..... de 19....., comprometiéndome a comunicar a esa Caja si volviera a trabajar en las mismas condiciones.

Me domicilio en :

Calle: ..... Nro. .... Piso ..... Depto .....

Código Postal: ..... de la Localidad de ..... Provincia .....

Lugar y Fecha,

.....  
Firma y Sello de Autoridad Certificante (7)

.....  
Firma del Afiliado  
(de no saber firmar - Impresión dígito pulgar)

**OPTO POR CONTINUAR ASEGURADO EN LA CAJA NACIONAL DE AHORRO Y SEGURO. (9)**

Seguro Obligatorio SI ☐  
NO ☐

Seguro Adicional SI ☐  
NO ☐

**• INSTRUCCIONES •**

- (1) Indicar la causa de cesación: renuncia, despido, enfermedad, accidente de trabajo, fallecimiento, etc.
- (2) Consignar si los hubiere, las sumas correspondientes a gratificaciones, participaciones, habilitaciones, retroactividades, etc. indicando el concepto y período respectivo.
- (3) Aclarar tipo de descuento y monto o porcentaje mensual.
- (4) Indicar Institución y monto o porcentaje mensual.
- (5) Se deja constancia que el rubro Impuesto a las Ganancias debe ser completado por el empleador cuando el cese de actividades fuere distinto al 31 de diciembre, consignándose las remuneraciones del último mes en que se hubiere prestado servicios.
- (6) Deberá firmar el empleador o persona autorizada ante la Caja.
- (7) La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada y del afiliado deberá realizarla autoridad Bancaria, Previsional, Judicial o Notarial.
- (8) Esta Declaracion Jurada no deberá llenarse en los trámites de Pensión y Reconocimiento de Servicios
- (9) Solamente deben cumplimentarlo, los que hubieren trabajado en empresas nacionales o mixtas.



**MIRTA OVIEDO**  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande



051

LEY 11.386

Art. 10. La libreta de enrolamiento, sin omisiones ni raspaduras, con su foliatura completa, la impresión digital, la firma en su caso y la fotografía del enrolado, constituye un documento de identificación personal y debe ser exigida por las autoridades nacionales, provinciales y municipales, en toda gestión ante las mismas.

Sin estos requisitos carecerá de todo valor.

REPUBLICA ARGENTINA

Región Militar Distrito Militar

Oficina enroladora de *Chacabuco de 12*  
Matrícula individual N° *5552169*  
Clase de *1935* al año de nacimiento  
Libreta de enrolamiento del ciudadano *Ricardo*

*Helvio H. Propato*  
nacido el *12 de febrero* de *1935*  
en *La Plata, Bs. As.*



HELVIO H. PROPATO  
OFICIAL 8º JEFE DE SERVICIO

Filiación (1)

de la piel: Blanca *rojo*  
ojos: *rojo* *mediano-grande*  
orejas: *mediano-grande*  
altura: *1,67* m.  
particulares visibles: *no tiene*  
actual domicilio en: *La Plata*  
ciudad o territorio: *La Plata*  
departamento: *La Plata*  
sección o distrito: *La Plata*  
pueblo, localidad, paraje o zona: *La Plata*  
*Ricardo Ochoa Pérez*

fecha de enrolamiento: *12 de marzo de 1955*

Impresión digital del dedo pulgar de la mano derecha. (3)



HELVIO H. PROPATO  
OFICIAL 8º JEFE DE SERVICIO

Servicio de conscripción

*MAYO 30* de *1955*  
correspondido en el sorteo de la clase *051* debe hacer el servicio

ROBERTO SALVADOR PASQUALETTI

ARGENTO AYUDANTE OFICINISTA

JEFE SECCION RECLUTAMIENTO

| D. | M. | A. | Notas                       |
|----|----|----|-----------------------------|
| 9  | II | 56 | Acta procedente del D.M. 24 |
| 25 | I  | 57 | Incorporado a               |
|    |    |    | del Dest. Zap.              |
|    |    |    | Rango                       |
|    |    |    | Rango para                  |

Período de instrucción *HASTA EJERCICIOS FINALES*  
Ascensos *OFICIAL 5º RESERVA*

Aptitud y preparación que posee al salir del servicio  
*Carlos S. Feros*

CARLOS S. FEROS

MAJOR 1º JEFE ESCUADRON DEB. ZAP

(1) Exoligamentarse para los incorporados, debiendo notarse la posición de la conscripción, y el número (artículo 1º de la Ley 11.386) letra, número y fecha del expediente por inexistencia en su caso.

MIRTA OVIEDO  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Río Grande

Se presentó, fijando su domicilio en:  
Provincia o territorio: 135  
Partido o departamento: Olavarría  
Cuartel, pedanía, sección o distrito: Olavarría  
Ciudad, pueblo, localidad, paraje o isla: Olavarría  
Calle (1): Casa 300/13 C.E.C.O.  
Distrito Militar: BB  
Sello: Olavarría 20/12 de 1983  
Firma: [Firma]

Se presentó, fijando su domicilio en:  
Provincia o territorio: Terr. Nac. T. del Fuego  
Partido o departamento: Rio Grande  
Cuartel, pedanía, sección o distrito: Rio Grande  
Ciudad, pueblo, localidad, paraje o isla: Entre Rios  
Calle (1): Nº 464  
Distrito Militar: S.C.  
Sello: Rio Grande 27 de Junio de 1986  
Firma: [Firma]

Se presentó, fijando su domicilio en:  
Provincia o territorio: LA PLATA  
Partido o departamento: LA PLATA  
Cuartel, pedanía, sección o distrito: LA PLATA  
Ciudad, pueblo, localidad, paraje o isla: LA PLATA  
Calle (1): 232300/6 C.E.C.O.  
Distrito Militar: BB  
Sello: [Sello]  
Firma: [Firma]  
(1) Donde no hubiere calle, poner el nombre de la finca, estancia o establecimiento.

Se presentó, fijando su domicilio en:  
Provincia o territorio: Tierra del Fuego  
Partido o departamento: Rio Grande  
Cuartel, pedanía, sección o distrito: Rio Grande  
Ciudad, pueblo, localidad, paraje o isla: Rio Grande  
Calle (1): Paneros Fueguinos  
Distrito Militar: S.C.  
Sello: [Sello]  
Firma: [Firma]

Se presentó, fijando su domicilio en:  
Provincia o territorio: [Sello]  
Partido o departamento: [Sello]  
Cuartel, pedanía, sección o distrito: [Sello]  
Ciudad, pueblo, localidad, paraje o isla: [Sello]  
Calle (1): [Sello]  
Distrito Militar: [Sello]  
Sello: [Sello]  
Firma: [Firma]

Se presentó, fijando su domicilio en:  
Provincia o territorio: [Sello]  
Partido o departamento: [Sello]  
Cuartel, pedanía, sección o distrito: [Sello]  
Ciudad, pueblo, localidad, paraje o isla: [Sello]  
Calle (1): [Sello]  
Distrito Militar: [Sello]  
Sello: [Sello]  
Firma: [Firma]

(1) Donde no hubiere calle, poner el nombre de la finca, estancia o establecimiento.

MIRTA OVIEDO  
Dirección ACCION SOCIAL  
Municipalidad de Rio Grande