

DATOS DEL DECLARANTE

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

Para la determinación de los descuentos correspondientes al financiamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de la afiliación al mismo de su núcleo familiar, el firmante **DECLARA ANTE SU EMPLEADOR** que al día de la fecha:

NO TIENE hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.

TIENE hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.

NO TIENE a su cargo Cónyuge o Concubino.

TIENE a su cargo Cónyuge o concubino sin amparo al sistema de acuerdo al Dec. 318/2010.

DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

DOMICILIO

--	--	--

Firma del trabajador

RECIBIDO POR LA EMPRESA: Nombre o Razón Social: _____

--	--	--

Fecha: dd/mm/aa

Firma de la empresa

La presente Declaración está sujeta a las disposiciones del art. 63 del Código Tributario, Ley N° 14.306 , modificativas y concordantes. En caso que el contenido de la misma no corresponda a la verdad material de los hechos declarados, el BPS como Sujeto Activo de los Tributos que recauda para el Fondo Nacional de Salud podrá disponer las acciones de cobro ante el trabajador declarante por las diferencias de carácter económico que surjan a partir de las divergencias constatadas, sin perjuicio de exigir el reintegro de las cuotas salud que su hubieran abonado como consecuencia de tales divergencias.-

La empresa receptora de la misma deberá comunicar al Banco de Previsión Social en la forma que éste determine la situación de los trabajadores, en las mismas condiciones será responsable y depositaria de la documentación respaldante de cada declaración.- Deberá asimismo entregar al trabajador el talón adjunto como constancia de la recepción.-

SNIS- DECLARACION DEL TRABAJADOR

Vía 2 Trabajador

DATOS DEL DECLARANTE

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

Declaró ante su empleador que al día de la fecha:

NO TIENE hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.

TIENE hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.

NO TIENE a su cargo Cónyuge o Concubino.

TIENE a su cargo Cónyuge o concubino sin amparo al sistema.

DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

DOMICILIO

--	--	--

RECIBIDO POR LA EMPRESA: Nombre o Razón Social: _____

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE

Fecha: dd/mm/aa

--	--	--

y firma por la empresa

.....

INSTRUCTIVO PARA EL TRABAJADOR Y SU CONYUGE O CONCUBINO

Deberán completar la “Declaración del Trabajador”, todos los trabajadores al momento de ingresar a la actividad.

Según la Declaración del Trabajador, la empresa deberá realizar la retención de aportes de acuerdo a lo previsto en el art. 61 y 66 de la Ley 18.211, según tenga o no hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad y Cónyuge o Concubino en las condiciones establecidas por el Dec.318/2010.

Para el caso de hijos o cónyuges no declarados en BPS: podrá declararlos en la entidad asistencial que elija.

En caso de Concubino no declarado: el trabajador deberá presentar este talón en las oficinas del BPS para su declaración, adjuntando testimonio de declaratoria judicial de reconocimiento del concubinato o certificado notarial que lo acredite; de no contarse con los mencionados documentos el BPS tomará la declaración resolviendo en cada caso particular.

INSTRUCTIVO PARA LAS EMPRESAS

A los efectos del Sistema Nacional Integrado de Salud, es necesario la obtención de información complementaria, la que será proporcionada por los empleadores públicos y privados. En cumplimiento del Decreto N° 448/2007 del Poder Ejecutivo del 19/11/2007 y la Resolución del Directorio del BPS. N° 41- 40/2007, los empleadores, están obligados a tomar declaración a los trabajadores que ingresen a la actividad.

La empresa receptora será depositaria de las declaraciones mencionadas y deberá comunicar al BPS, las modificaciones de seguro de salud que surjan de las mismas.

ALTAS: Para la comunicación de las altas de actividad en actividades amparadas al Sistema Nacional Integrado de Salud, se deberá proceder de la misma forma escriturando en cada caso el código de salud que corresponda.

Formas de Comunicación: Empresas registradas en Conexión Remota GAFI - a través del canal habitual.-

Empresas sin usuario registrado – a través de internet ingresando por la dirección www.bps.gub.uy Servicios en Línea/ Todos los servicios/ “**Modificación Seguro de Salud**”.-

Se incluye en esta opción a los titulares de empresas unipersonales.-

Empresas de Servicio Doméstico – podrán realizar las modificaciones enviando mail a la casilla ServicioDomesticoModificaciones@bps.gub.uy , a través del servicio telefónico 0800 2001 opción 2 o en forma presencial en Sarandí 570 PB Atención Personalizada o Colonia 1851 , Sucursal Cordón, en Montevideo o en sucursales y agencias del interior.-

En caso que el trabajador no presente Declaración y el BPS constate, mediante sus registros, su vínculo con hijos, cónyugal o concubinario en las condiciones exigidas, dispondrá que se le descuento el aportes que correspondan.



BANCO DE SEGUROS

Departamento de Administración
División Recursos Humanos

DECLARACIÓN JURADA

CARGOS RETRIBUIDOS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

El que suscribe declara no encontrarse en la situación prevista por la Ley N° 11.923 de 27/03/53 de 27/03/53, art. 32:

Para su conocimiento transcribimos el texto:

“Ninguna persona podrá ocupar a la vez dos empleos públicos rentados ni percibir más de una remuneración con cargo a fondos públicos ya dependan de la Administración Nacional, ya de la Municipal, ya de los Entes Autónomos, Servicios Descentralizados u otros servicios de naturaleza estatal creados por ley, ya de una y de otros quedando en consecuencia prohibida la acumulación de sueldos en una misma persona, sea con este título o con el de dieta, gratificación, pensión, emolumentos u honorarios o cualquier título o concepto”

El que omitiera denunciar dicha situación incurrirá en la pena prevista por el art. 164 del Código Penal.

En caso afirmativo:

Entidad_____

Carga Horaria_____

Apellidos_____ Nombres_____

Fecha_____ Firma_____

RUBRO 1 - IDENTIFICACION

TRABAJADOR

NOMBRE	1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO			PAÍS			VIGENCIA DEDUCCIONES DESDE	MES	AÑO

EMPLEADOR

NOMBRE o DENOMINACIÓN									
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUBRO 2 - ATENCIÓN MÉDICA DE PERSONAS A CARGO

1	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PAÍS			FECHA DE NACIMIENTO				
	NACIONALIDAD		SEXO	RELACIÓN	PAÍS	SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD	
2	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PAÍS			SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD	
3	NACIONALIDAD		SEXO	RELACIÓN	PAÍS	SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD	
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
4	NACIONALIDAD		SEXO	RELACIÓN	PAÍS	SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD	
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
5	NACIONALIDAD		SEXO	RELACIÓN	PAÍS	SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD	
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		

RUBRO 3 - DEDUCCIONES DE PROFESIONALES

APORTES JUBILATORIOS A CAJA DE JUB. Y PENS. DE PROFESIONALES UNIVERSITARIOS	CATEGORIA (1 A 10)					
FONDO DE SOLIDARIDAD	1/2 B.P.C.		1 B.P.C.		2 B.P.C.	
ADICIONAL FONDO DE SOLIDARIDAD	SI		NO			

RUBRO 4 - CONTRIBUYENTES CON MÁS DE UN INGRESO

APLICACIÓN DEL MÍNIMO NO IMPONIBLE, MARCAR SI NO CORRESPONDE SU DEDUCCIÓN ANTE ESTE EMPLEADOR

RUBRO 5 - NÚCLEO FAMILIAR

OPCIÓN DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN				SI		NO	
NÚCLEO FAMILIAR	FECHA DE CREACIÓN	FECHA DE DISOLUCIÓN					
IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE/CONCUBINO							
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PAÍS					
NOMBRE	1er. NOMBRE	2do. NOMBRE		1er. APELLIDO	2do. APELLIDO		
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD			SEXO			

RUBRO 6 - EXCLUSIÓN DEL REGIMEN DE RETENCIÓES

CUMPLE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL ART. 78 TER DEL DEC.148/007

SI

NO

RUBRO 7 - FIRMA DEL DECLARANTE

El que suscribe en su calidad de se responsabiliza de que la información declarada es completa y correcta.

C.I.

FIRMA

RUBRO 8 - CONSTANCIA DE RECEPCION

FECHA

FIRMA O SELLO

Ficha personal

CI

 Primer apellido

 Segundo apellido

 Primer nombre

 Segundo nombre

 Estado Civil

 Identificación Étnico - Racial
(indique cual corresponde)

1 - Afro o Negra 2 - Asiática o Amarilla

3 - Blanca

4 - Indígena

5 - Otra

 Fecha y país de nacimiento

 Capacidades diferentes (Si/No - En caso afirmativo indique cual)

¿Padece enfermedad crónica? ¿Cuál?

 Credencial Civica Serie Número

 Domicilio

 Entre calles Código postal

 Departamento Localidad

 Teléfono Celular Correo electrónico
Núcleo familiar
(Únicamente declarar padres, cónyuges, ex-cónyuges, hijos, concubinos)

 Parentesco
 Apellidos
 Nombres
 Estado civil
 Incapacidad (S,N)
 A cargo (S,N)
 Fecha de nac

 Parentesco
 Apellidos
 Nombres
 Estado civil
 Incapacidad (S,N)
 A cargo (S,N)
 Fecha de nac

 Parentesco
 Apellidos
 Nombres
 Estado civil
 Incapacidad (S,N)
 A cargo (S,N)
 Fecha de nac

 Parentesco
 Apellidos
 Nombres
 Estado civil
 Incapacidad (S,N)
 A cargo (S,N)
 Fecha de nac

Experiencia laboral anterior

Empleador	Caja de amparo	Desde	Hasta

 Firma

BANCO DE SEGUROS

Departamento de Administración
División Recursos Humanos

POSESIÓN DEL CARGO

Notificamos a Ud. de lo dispuesto por el Art. 16 del Texto Ordenado del Estatuto del Funcionario:

"Toma de posesión. El funcionario deberá tomar posesión del cargo dentro del plazo de treinta días de notificado personalmente de su designación, bajo apercibimiento de perder el derecho a hacerlo, pudiendo dicho plazo ser prorrogado por el Directorio mediante causa justificada."

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____