

--	--	--

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.-

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, conyugal o concubinario en las condiciones exigidas, dispondrá que se le descuenta 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_____

 DIRECCIÓN GENERAL IMPOSITIVA	DECLARACIÓN INFORMATIVA										3100	
	IMPUESTO A LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS INFORMACIÓN PARA CÁLCULO DE RETENCIONES DE RENTAS DE TRABAJO DEPENDIENTE											
	VERSIÓN 03											

RUBRO 1 - IDENTIFICACIÓN											
TRABAJADOR											
NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE			
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		VIGENCIA DEDUCCIONES DESDE		MES		AÑO	
EMPLEADOR											
NOMBRE o DENOMINACIÓN											

RUBRO 2 - ATENCIÓN MÉDICA DE PERSONAS A CARGO											
1	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO					
	NACIONALIDAD	SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN		DISCAPACIDAD	
	NOMBRE		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
2	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO					
	NACIONALIDAD	SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN		DISCAPACIDAD	
	NOMBRE		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
3	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO					
	NACIONALIDAD	SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN		DISCAPACIDAD	
	NOMBRE		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
4	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO					
	NACIONALIDAD	SEXO		RELACIÓN		SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN		DISCAPACIDAD	
	NOMBRE		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
5	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO		PAIS		FECHA DE NACIMIENTO					
	NACIONALIDAD	SEXO		RELACIÓN		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.		
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		PAIS							
NOMBRE		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO			
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD						SEXO			

RUBRO 6 - EXCLUSIÓN DEL REGIMEN DE RETENCIONES											
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, conyuges, ex-conyuges, hijos, concubinos)

Parentesco

Parentesco

Apellidos

Apellidos

Nombres

Nombres

Estado civil

Estado civil

Incapacidad (S,N)

Incapacidad (S,N)

A cargo (S,N)

A cargo (S,N)

Fecha de nac

Fecha de nac

Parentesco

Parentesco

Apellidos

Apellidos

Nombres

Nombres

Estado civil

Estado civil

Incapacidad (S,N)

Incapacidad (S,N)

A cargo (S,N)

A cargo (S,N)

Fecha de nac

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 mediando causa justificada."

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____