

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

--	--	--

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 Cordon, 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.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Formulario de Toma de Posesión

Facultad o Servicio	Ítem (*)	Resolución de Designación			Fecha de Toma de Posesión
		Nro.	Órgano	Fecha	

1. DATOS PERSONALES

Cédula de Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Dirección					

Localidad	Departamento	Teléfono	Celular	Fecha de Nacimiento	Cód. Salud

2. CARGOS

Especifique el nombre del área en la cual cumplirá funciones, según corresponda.

Área Académica		Área Técnica			

Denominación del cargo	Nro. de cargo	Esc./Sub.	Grado	Hs. Presup.

Categoría (*)	Forma de Ingreso (*)	Carácter de la designación

NOTA: El designado deberá presentarse en la Oficina de Personal el día de la toma de posesión, para entregar el presente formulario, completar las Declaraciones Juradas correspondientes y aportar la información para su Legajo Personal. Asimismo deberá presentar fotocopia de su Cédula de Identidad.

Lugar	Fecha	Firma del Interesado	Firma del Responsable

(*) Para el ingreso codificado ver tablas al dorso.

3. OFICINA DE PERSONAL

Fecha de Recepción	Firma y Sello

Facultades y Servicios	
Item	Descripción
01	Oficinas Centrales
02	Facultad de Agronomía
03	Facultad de Arquitectura
04	Facultad de Ciencias Económicas
05	Facultad de Derecho
06	Facultad de Ingeniería
07	Facultad de Medicina
08	Instituto de Higiene
09	Facultad de Odontología
10	Facultad de Química
11	Facultad de Veterinaria
12	Facultad de Humanidades
13	Regional Norte
15	Hospital de Clínicas
16	Instituto Escuela Nac de Bellas Artes
19	Facultad de Psicología
22	Facultad de Enfermería
23	Facultad de Ciencias Sociales
24	Facultad de Ciencias

[Volver a Item...](#)

Formas de Ingreso	
Código	Descripción
1	Conc. Oposición
2	Conc. Méritos
3	Conc. Op. y Méritos
4	Llamado aspirantes
5	Fam. Func. Fallecido
6	Redistribución
7	Reingreso
8	Designación directa
9	Traslado
10	Elección
11	Regularización
12	Restitución
13	Reestructura
14	Bolsa de Trabajo

[Volver a Forma de Ingreso...](#)

Observaciones : Oficinas Centrales incluye: Instituto Superior de Educación Física, Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Escuela Universitaria de Bibliotecología y Ciencias Afines, Centro Universitario de Rivera, Centro Universitario de Paysandú y Casa de Tacuarembó.

Categoría	
Código	Descripción
1	Docente
2	No Docente
10	Becario
11	Pasante Escala Docente
12	Pasante Escala No Docente
14	Pasante Ordenanza Ant.
21	Honorario

[Volver a Categoría...](#)

Código de Salud	
Código	Descripción
1	Beneficiarios CON menores a cargo o mayores con discapacidad, con cobertura por ésta Unidad Ejecutora de la U.R.
2	Beneficiarios CON menores a cargo o mayores con discapacidad, con cobertura mutual por otra empresa u otra Unidad Ejecutora de la U.R.
9	No tiene derecho al SNIS (Ejemplos : Becarios, Pasantes, etc.)
15	Beneficiarios SIN menores a cargo o mayores con discapacidad, con cobertura por ésta Unidad Ejecutora de la U.R.
21	Socios Vitalicios CON menores a cargo o mayores con discapacidad.
22	Socios Vitalicios SIN menores a cargo o mayores con discapacidad.
28	Beneficiarios SIN menores a cargo o mayores con discapacidad, con cobertura mutual por otra empresa u otra Unidad Ejecutora de la U.R.

[Volver a Código de Salud...](#)