

RUBRO 1 - IDENTIFICACION

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.	2 B.P.C.
ADICIONAL FONDO DE SOLIDARIDAD	SI		NO

RUBRO 4 - CONTRIBUYENTES CON MÁS DE UN INGRESO

<p>APLICACIÓN DEL MÍNIMO NO IMPONIBLE, MARCAR SI NO CORRESPONDE SU DEDUCCIÓN ANTE ESTE EMPLEADOR</p>

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
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
-------	---------------