Vía 1 Empresa

Banco de Previsión Social

SNIS- DECLARACION DEL TRABAJADOR

Fecha: dd/mm/aa

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: Facultad de Ciencias

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.-

NORM. Y DISEÑO N de l 040 311

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: Facultad de Ciencias

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

Fecha: dd/mm/aa

y firma por la empresa .....

NORM. Y DISEÑO N de l 040 311

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 descuente el aportes que correspondan.