

RUBRO 1 - IDENTIFICACIÓN

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	SISTEMA DE SALUD		% DE ATRIBUCIÓN	DISCAPACIDAD			
	NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		
2	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PAÍS			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	PAÍS			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	PAÍS			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	PAÍS			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	CATEGORÍA (1 A 10)					
REINTEGROS DE APORTES A C.J.P.P.U.	IMPORTE					
FONDO DE SOLIDARIDAD	1/2 B.P.C.	1 B.P.C.	5/3 B.P.C.			
ADICIONAL FONDO DE SOLIDARIDAD	SI	NO				

RUBRO 4 - CONTRIBUYENTES CON MÁS DE UN INGRESO

APLICACIÓN DEL MÍNIMO NO IMPONIBLE, MARCAR SI <u>NO</u> 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 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 de acuerdo a lo que establecen las normas tributarias y penales.

C.I.	FIRMA
------	-------

RUBRO 8 - CONSTANCIA DE RECEPCIÓN

FECHA	FIRMA O SELLO
-------	---------------