

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

| | |
|--|--|
| 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 |
|-------|---------------|