

**DECLARACIÓN INFORMATIVA****IMPUESTO A LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS  
INFORMACIÓN PARA CÁLCULO DE RETENCIONES DE  
RENTAS DE TRABAJO DEPENDIENTE****3100**

VERSIÓN 01

**DIRECCIÓN GENERAL  
IMPOSITIVA****RUBRO 1 - IDENTIFICACIÓN**

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	Uruguay		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		SISTEMA DE SALUD	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		SISTEMA DE SALUD	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		SISTEMA DE SALUD	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		SISTEMA DE SALUD	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)		
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**

<b>OPCIÓN DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN</b>		SI	NO	
NÚCLEO FAMILIAR	FECHA DE CREACIÓN	FECHA DE DISOLUCIÓN		
IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE/CONCUBINO				
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		
NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD		SEXO	

**RUBRO 6 - 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 7 - CONSTANCIA DE RECEPCIÓN**

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