



# Sistema Suplementario de Cuota Mutual DECLARACIÓN JURADA

Fecha (dd/mm/aa)

Cédula de Identidad

### 1.1 Lugar donde se desempeña el Funcionario

Unidad Ejecutora	Facultad o Servicio	Nro. de Cargo	Horas Totales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.2 Datos Personales del Funcionario

1er. Apellido		2do. Apellido	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1er. Nombre		2do. Nombre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio			
<input type="text"/>			
Localidad		Departamento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Código de Estado Civil	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

### 1.3 Declaración de Ingresos Nominales que percibe el Funcionario (Por cargos en la Universidad de la República, otros cargos, Rentas, Otros Ingresos)

Total de Ingresos NOMINALES que percibe en la Universidad de la República	⇒ \$	<input type="text"/>	Total de Ingresos NOMINALES que percibe por otros conceptos	⇒ \$	<input type="text"/>
---	------	----------------------	---	------	----------------------

### 1.4 Integración del Núcleo Familiar Básico (N.F.B.)

(Incluye al Funcionario, a las Personas que viven bajo el mismo techo (y sus excepciones) y que dependen socio-económicamente del mismo)

Total de integrantes del N.F.B. (incluye al Funcionario)	<input type="text"/>	Cantidad de integrantes del N.F.B. CON COBERTURA DE SALUD (incluye al Funcionario)	<input type="text"/>
--	----------------------	--	----------------------

Si su N.F.B. está constituido por otros funcionarios universitarios, complete a continuación sus Cédulas de Identidad

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>						
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

### 1.5. SOLICITUD DE COBERTURA

#### Núcleo Familiar Básico SIN COBERTURA MUTUAL

(Hijo/a, Conyuge o Concubino/a, Madre o Padre, Hermano/a o Nieto/a, persona que tenga una vinculación afectiva histórica con el funcionario, que vive bajo el mismo techo que el funcionario y depende socio-económicamente del mismo (y sus excepciones). No debe estar amparado por el Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.) u otro régimen de cobertura médica).  
(Completar los datos generales y los específicos según el código de parentesco)

### Cuota Nro. 1

Código de Mutualista	<input type="text"/>	Código de Parentesco	<input type="text"/>	Cédula de Identidad	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
1er. Apellido		2do. Apellido					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
1er. Nombre		2do. Nombre					
<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Domicilio							
<input type="text"/>							
Localidad		Departamento		Teléfono		Celular	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento	Código de Estado Civil	Estudiante	Código de Situación Económico y Laboral				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Cuota Nro. 2							
Código de Mutualista	<input type="text"/>	Código de Parentesco	<input type="text"/>	Cédula de Identidad	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
1er. Apellido				2do. Apellido			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
1er. Nombre				2do. Nombre			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Domicilio							
<input type="text"/>							
Localidad		Departamento		Teléfono		Celular	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento		Código de Estado Civil		Estudiante		Código de Situación Económico y Laboral	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

1.5.1. Declaración de todas las actividades que desarrolla el cónyuge o concubino/a en caso de ser beneficiario (especificar el/los código/s)	⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

*Declaro conocer en todos sus términos los preceptos establecidos en la Ordenanza del Sistema Suplementario de Cuota Mutua y en el documento "Pautas y Documentación para el Acceso al Sistema Suplementario de Cuota Mutua de la Universidad de la República"; que el/los cargo/s que desempeño en la Universidad de la República, constituye/n mi principal fuente de ingresos y que en caso de producirse modificaciones en mi situación personal o familiar que afecten los derechos de coberturas por este sistema lo comunicaré inmediatamente en la Oficina de Personal donde presenté esta Declaración Jurada, completando el Formulario de Modificación o Baja según corresponda. A los efectos de mantener el beneficio, declaro conocer lo establecido en el Art. 3° de la Ordenanza del Sistema Suplementario de Cuota Mutua, en conocimiento de que si no cumplo con las condiciones establecidas, y si no presento una nueva Declaración Jurada con la documentación probatoria antes del 15 de abril siguiente, las coberturas mutuales por este sistema cesarán a partir del 01 de mayo siguiente. Acepto que en caso de que la Universidad de la República abone cuotas en demasía, éstas sean descontadas de mis ingresos (Art. 5° de la Ordenanza). Asimismo, declaro conocer que la Universidad de la República podrá adoptar medidas disciplinarias y/o presentar denuncia penal en caso de constatar falso testimonio (Artículo 239 del Código Penal: "Falsificación ideológica por un particular. El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión.").*

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

1.6. USO INTERNO - OFICINA DE PERSONAL DEL SERVICIO			
Recibido en Oficina de Personal (dd/mm/aa)	⇒	<input type="text"/>	Fecha de Vencimiento (dd/mm/aa)
		<input type="text"/>	⇒ <input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
Por Oficina de Personal del Servicio

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma