

**MÉDICOS Y PRACTICANTES**  
**de IPAM**  
**DECLARACIÓN de SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA**

**INSTRUCTIVO:**

*Solicitamos rellenar los espacios con letra de imprenta legible.*

*Donde existen opciones: Si, No, etc. Marcar con una cruz la o las que correspondan.*

*En Situación Laboral: Tit. significa titular, Sup. suplente y Fac. remuneración por facturación, sin aportes al BPS*

*En Remuneración: poner el promedio del nominal de los últimos doce meses.*

*En Carga Horaria: poner el promedio de trabajo en los últimos doce meses*

**IMPORTANTE:**

*Esta declaración se debe acompañar indefectiblemente de la Historia Laboral que se retira en Oficinas de BPS:*

- Oficina CARTA Colonia y E. Acevedo 2<sup>do</sup> Piso. De: 9.15 a 16hs.
- Oficina ATYR Sarandí 570. De: 9.15 a 16hs.

**Lugar de entrega de ambos documentos (Declaración, Historia Laboral, fotocopias de Facturas de IPAM y otros trabajos): en el S.M.U. Br. Artigas 1515 (Recepción). Fecha límite:**

**Nombres y Apellidos:**..... **Edad**.....

**Cédula de Identidad:**.....**Correo electrónico** .....

**Domicilio:**.....**Ciudad**.....

**Teléfono**..... **Celular**.....

**Antigüedad en IPAM**.....**N° de funcionario** .....

**Cargos en IPAM:**

	Tit Sup Fac	
“ “ “	... ..	Carga horaria.....Remuneración.....
Tit Sup Fac	“ “ “	
“ “ “	... ..	Carga horaria.....Remuneración.....
Tit Sup Fac	“ “ “	
“ “ “	... ..	Carga horaria.....Remuneración.....

*Cumplimiento del cargo en el último año: 100%.....60%.....50%.....menos del 50%.....*

*C.J.P. N°..... Aporte: Si “ No...”*

*Cobertura Asistencial: No.“ Si.“ DISSE.“ particular “ otra “*

**Situación Laboral:**

	Tit Sup Fac	
“ “ “	... ..	Carga horaria.....Remuneración.....
Tit Sup Fac	“ “ “	
“ “ “	... ..	Carga horaria.....Remuneración.....
Tit Sup Fac	“ “ “	
“ “ “	... ..	Carga horaria.....Remuneración.....

**Otros ingresos relacionados con la profesión:** .....

**Ingresos no relacionados con la profesión:** .....

**Núcleo Familiar:**

.....  
Hijos a cargo: ..... Edades .....

Otros familiares a cargo: .....

Otros ingresos del núcleo familiar: .....

Cobertura Asistencial: Esposo/a	No. “	Si. “	DISSE. “	particular “	otra “
Hijos	No. “	Si. “	DISSE. “	particular “	otra “
Otros familiares a cargo	No. “	Si. “	DISSE. “	particular “	otra “

**Vivienda:** Propia. “ Alquilada. “ Prestada. “ Compartida “ otra “

Gastos de alquiler, gastos comunes, cuota parte, cuota cooperativa, etc. ....

**Observaciones:**

.....  
.....  
.....  
.....

***Estoy dispuesto que la veracidad de esta declaración sea verificada total o parcialmente.***

***Me obligo a declarar en un plazo NO MAYOR a una semana cualquier variación en mi situación laboral.***

***Este documento permanecerá en custodia exclusiva del SMU y podrá ser utilizado solamente para realizar un ordenamiento con fines de reubicación laboral como consecuencia del cierre de IPAM.***

***Fecha.....***

***Firma.....***