

**DECLARACIÓN INFORMATIVA**

**IMPUESTO A LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS**  
**INFORMACIÓN PARA CÁLCULO DE RETENCIONES DE**  
**RENTAS DE TRABAJO DEPENDIENTE Y PASIVIDADES**

**3100**

VERSIÓN 00

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

TRABAJADOR / PASIVO									
NOMBRE	1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAÍS		VIGENCIA DEDUCCIONES DESDE	MES	AÑO	
EMPLEADOR / INSTITUCIÓN DE PREVISIÓN SOCIAL									
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 PROFESIONALES**

APORTES JUBILATORIOS A CAJA DE JUB. Y PEN. 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**

ATENCIÓN MÉDICA DE PASIVOS, MARCAR SI NO CORRESPONDE ANTE ESTE INSTITUTO PREVISIONAL			
APLICACIÓN DEL MÍNIMO NO IMPONIBLE, MARCAR SI NO CORRESPONDE ANTE ESTE EMPLEADOR/INSTITUTO PREVISIONAL			

**RUBRO 5 - DATOS DEL CÓNYUGE**

TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		PAÍS	
NOMBRE	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO
					2do. APELLIDO
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
-------	---------------