



Registro de empresa y de establecimiento

1) Alta

2) Modificación

3) N° de inscripción en DGI (RUT)

4) Razón social

5) Naturaleza Jurídica

6) Domicilio Constituido

7) Departamento 8) Localidad

9) Código Postal 10) E-mail

11) Teléfono 12) Celular

INTEGRANTES DE LA RAZÓN SOCIAL

13) C.I.	14) Nro. Afiliado	15) Nombre	16) Relación Laboral	17) Fecha de Ingreso

REPRESENTANTES DE LA RAZÓN SOCIAL

18) C.I.	19) Nro. Afiliado	20) Nombre	21) Relación Laboral	22) Fecha de Ingreso

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO23) Nombre 24) N° de Inscripción en BPS **Datos de Contacto del Establecimiento:**25) Teléfono 26) Celular 27) E-mail **Domicilio Fiscal del Establecimiento:**28) Domicilio Fiscal 29) Departamento 30) Localidad 31) Código Postal **Datos de la relación Gravamen Ley 17738 Art. 71 (aportes indirectos):**

32) Fecha de inicio de actividad (apertura del establecimiento) – Desde

33) Domicilio Documentación Fisca 34) Departamento 35) Localidad 36) Código Postal

Datos de la Razón Social Antecesora:37) Razón Social 38) RUT **Giros y actividades gravadas:**39) Certif. Méd/Odont. Certificador Desde **40) Clínica**

40a) Recetas	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
40b) Certif. Méd/Odont. Certificado	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
40c) Exámenes Médicos	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
40d) Certif. Méd/Odont	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

41) Emerg. Médico Móvil

41a) Recetas	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
41b) Certif. Méd/Odont. Certificador	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
41c) Análisis De Medicina Humana	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
41d) Exámenes Médicos	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
41e) Certif. Méd./Odont	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

42) Farmacia

42a) Recetas	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
42b) Libro Recetario	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

43) Inst. Asistencia Médica

43a) Análisis Medicina Humana	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
43b) Certif. Méd/Odont.	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
43c) Certif. Méd/Odont. Certificador	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
43d) Exámenes Médicos	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
43e) Recetas	Desde	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

44) Laboratorio Análisis Humanos Desde **45) Laboratorio Análisis Industriales** Desde

46) Laboratorio de Análisis Vet. y Agron.

Desde

47) Sanatorios

47a) Cirugía Mayor

Desde

47b) Cirugía Menor

Desde

47c) Partos

Desde

48) Lab.Espec.Farmacéuticas

48a) Venta De Especif. Uso Humano

Desde

49) Fabricación /Venta Inst. Médico

Desde

50) Fabricación /Venta Inst./Mat. Odont.

Desde

51) Importación De Inst. Médico

Desde

52) Importación De Inst./Mat Odont.

Desde

53) Inf. y Cert. De Ing. Agrón., Quím. Ind. Vet., Ing. Quim.Ing. Ind.

Desde

54) Doc. No Especif. Determinados

Desde

Formas de Pago

55) Declaración mensual de timbres

Desde

56) Timbres

Desde

57) Permiso (sólo para giros importación)

Desde

Firma y aclaración

Descripción de cada ítem del formulario de registro de empresa y de establecimiento

- 1) Si la Empresa no está registrada en la Caja, marque este ítem. Sigue a ítem 3.
- 2) Si la Empresa ya está registrada en la Caja y existen modificaciones en alguno de los datos de su afiliación, marque este ítem, y llene solo el(s) ítem(s) que quiera modificar.
- 3) Indique el Número de Inscripción de la Empresa u Organismo ante D.G.I.
- 4) Indique RAZÓN SOCIAL de la Empresa u Organismo.
- 5) Indique la NATURALEZA JURÍDICA de la Empresa u Organismo, según el siguiente detalle:

Derecho Público - No Estatal	(*)
Derecho Público - Gobierno Departamental	(*)
Derecho Público - Servicio Descentralizado	(*)
Derecho Público - Ente Autónomo	(*)
Derecho Público - Estado (especificar Organismo)	(*)
Derecho Privado - Asociación Asistencial	
Derecho Privado - Cooperativa de Profesionales	
Derecho Privado - Servicio de Asistencia Derecho Privado - Sociedad Colectiva Derecho Privado - S.R.L.	
Derecho Privado - S.A.	
Derecho Privado - Sociedad en Comandita	
Derecho Privado - Sociedad de Capital e Industria	
Derecho Privado - Asociación Civil	
Derecho Privado - Cooperativa de Vivienda	
Derecho Privado - Sociedad de Hecho	
Derecho Privado - Unipersonal	
Derecho Privado-IAMPP	
Derecho Privado - Sucesiones	
Derecho Internacional - Organismo Internacional	
Otros - Indicar	

(*) - Si la Naturaleza Jurídica es de "Derecho Público", indique además el Organismo o Dependencia de que se trate.

- 6) a 9) Indique DOMICILIO CONSTITUIDO, departamento, localidad y código postal, de acuerdo con la definición dada por el Código Tributario:

"Artículo 27. (Domicilios constituidos).- Los contribuyentes y responsables deberán fijar un domicilio a los efectos tributarios con la conformidad de la oficina recaudadora. Esta conformidad se presume si no se manifiesta oposición dentro de los sesenta días de fijado el domicilio.

El domicilio así constituido es válido a todos los efectos tributarios y será de aplicación aún en sede judicial mientras no sea cambiado ante los estrados.

En cualquier momento en que el domicilio constituido resultare inconveniente para la tarea de la Administración, ésta podrá requerir la constitución de un nuevo domicilio.

Sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 26 y por los incisos primero, segundo y tercero de este artículo, en cualquier actuación se podrá constituir un domicilio que tendrá validez a los solos efectos de esa tramitación administrativa."

- 10) a 12) Indique correo electrónico, teléfono y celular asociados a la Razón Social.

- 13) a 15) Indique CI, Nro. de afiliado (en el caso de ser afiliado a la Caja de Profesionales) y Nombre de los INTEGRANTES de la Razón Social.

- 16) Indique la Relación Laboral de los Integrantes de la Razón Social teniendo en cuenta las siguientes relaciones

- 1) Patron Vinculado con Profesion
- 2) Patron no Vinculado con Profesion

- 17) Indique la fecha de ingreso a la Razón Social.

18) a 20) ídem ítems 13) a 15) para los REPRESENTANTES de la Razón Social de la Empresa u Organismo.

21) Indique la Relación Laboral de los REPRESENTANTES de la Razón Social teniendo en cuenta las siguientes relaciones

- 1) Patron Vinculado con Profesión
- 2) Patron no Vinculado con Profesión
- 3) Empleado Vinculado con Profesión
- 4) Empleado no Vinculado con Profesión
- 5) Ejercicio Profesional Libre

22) Indique la fecha de ingreso como REPRESENTANTE de la Razón Social.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

23) Indique el nombre Comercial (Fantasía) de la Empresa u Organismo.

24) Indique el Número de Inscripción de la Empresa u Organismo ante B.P.S

DATOS de Contacto del Establecimiento:

25) a 27) Indique teléfono, Fax y correo electrónico del establecimiento.

28) a 31) Indique DOMICILIO FISCAL, departamento, localidad y código postal, de acuerdo con la definición dada por el Código Tributario:

"Artículo 26. (Domicilio fiscal).- A todos los efectos tributarios se considera domicilio indistintamente, el lugar de residencia del obligado, o el lugar donde desarrolle principalmente sus actividades. Si no pudiera determinarse el domicilio en el país, se tendrá por tal el lugar donde ocurra el hecho generador."

Datos de la relación Gravamen Ley 17738 Art. 71:

32) Indique la FECHA de apertura del establecimiento.

33) a 36) Indique el domicilio, departamento, localidad y código Postal del lugar en donde se encontrará la documentación vinculada a la actividad del establecimiento. Este domicilio puede coincidir o no con el domicilio constituido de la Empresa o con el fiscal del propio Establecimiento.

37) y 38) Si la Empresa u Organismo actual es continuadora de otra(s), indique RAZÓN SOCIAL y N° de RUT de la(s) antecesora(s).

39 a 54) Marque cuál o cuáles de estos GIROS y ACTIVIDADES GRAVADAS corresponde(n) al establecimiento, y fecha de inicio en todos los casos.

55 a 57) Indique la FORMA de PAGO que adoptará el establecimiento y desde qué fecha:

- ✓ Aplicación de Timbres
- ✓ Declaración mensual
- ✓ Permiso (sólo para inc. H)

Este formulario deberá presentarse en nuestras oficinas, completo según las indicaciones establecidas, firmado por los responsables de la Empresa u Organismo y con el sello de la misma.

Asimismo, se deberá presentar Constancia de donde surja el N° de DGI y BPS y fotocopia de Cédula de Identidad del responsable legal que firme este documento

EMPRESAS ALCANZADAS por el ART. 71 de la Ley N° 17.738
Declaración y plazos para el pago de obligaciones (R/D 06/05/2015)

- a) La Declaración se efectúa en forma mensual y es requisito previo para el pago de obligaciones.
- b) La misma que realiza vía web, previa firma de un contrato de acceso a la página, donde la empresa debe nombrar a un administrador habilitado.
- c) Los plazos para efectuar los pagos son los siguientes:

Contribuyentes por:	Plazos para el pago del gravámen:
Inc A. Laboratorio de Análisis Inc A. Clínica Inc A. Certificación Médica Inc A. Emergencia Médico Móvil Inc C. Sanatorio (excepto IAMC) Inc H. Fabric. Y Vta. Intrum. Médico Inc H. Fabric. Y Vta. Intrum./mat. Odont.	Pagos a los 30 días
Inc D. Lab. Especialidades Farmacéuticas	
Inc A. Institución Asist. Méd. Colectiva (incluídos todos sus giros)	Pagos a los 60 días

Lo previsto no será de aplicación para la Importación de Instrumental, Equipos o Material Odontológico y/o Médico, que se regula por Resolución de Directorio de 29/12/1988 (se abona el gravámen correspondiente previo al despacho aduanero).