

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA

CONSEJO DE EDUCACIÓN TÉCNICO-PROFESIONAL

EXP. 7938/16

Res. 56/17

ACTA N° 86, de fecha 01 de febrero de 2017.

VISTO: La propuesta de Instructivo para la Gestión de Afiliaciones (GAFI) en el ámbito del Consejo de Educación Técnico-Profesional;

RESULTANDO: I) que el mismo luce de fs. 2 a 4, incluyendo el formulario correspondiente;

II) que dicho Instructivo, ampara los requisitos y procedimientos de dicha Gestión, siendo elaborado conjuntamente por el Programa de Gestión Humana (GAFI y FONASA) y el Departamento de Organización y Métodos;

CONSIDERANDO: que la Dirección del Programa de Gestión Humana comparte la propuesta y sugiere su aprobación por parte del Consejo de Educación Técnico-Profesional;

ATENTO: a lo expuesto;

EL CONSEJO DE EDUCACIÓN TÉCNICO-PROFESIONAL POR UNANIMIDAD (TRES EN TRES), RESUELVE:

1) Aprobar el siguiente Instructivo para la Gestión de Afiliaciones (GAFI) en el ámbito del Consejo de Educación Técnico-Profesional y su correspondiente formulario:

1) DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

a. ALTAS:

i. Las altas serán procesadas de acuerdo a lo declarado por el interesado mediante formulario SNIS – DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR O&M 384/12 y SNIS – DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR del BPS, sin esta

declaración no se procesarán altas.

ii. Las altas en BPS deben realizarse, como máximo, el mismo día que inicia la actividad. Los docentes nuevos o que reingresan a la institución –que tomen horas en diciembre o febrero- tendrán como fecha de ingreso el 1 de marzo; posterior a esta fecha deberá ir como fecha de toma de posesión el primer día posterior al acto de elección de horas.

iii. Según la normativa vigente, todo nuevo trabajador será considerado como trabajador con hijos menores a cargo por lo que se le descontará el 6% del sueldo por concepto de FONASA.

De no corresponder este descuento deberán enviar la Declaración del Trabajador del BPS informando la modificación en sus vínculos.

b. BAJAS:

i. Toda baja total deberá comunicarse a la Oficina GAFI mediante el formulario de “COMUNICACIONES AL DEPARTAMENTO DE SUELDOS Y GAFI-FONASA” O&M 316/06 (solamente usarlo cuando se trata una de baja total y no parcial), debiendo ser comunicado a la Oficina GAFI, antes de los 5 días hábiles de producida la baja.

ii. Al 28 de febrero de cada año esta Oficina realizará bajas de oficio a aquellos trabajadores que entendemos no han tomado horas al 1 de marzo, en esta instancia se publicará el listado de personas a bajar, por lo que deberán estar atentos a las comunicaciones web que la oficina efectúe.

c. MODIFICACIONES:

i. Cuando un trabajador desee modificar su situación (ya sea por nacimiento del primer hijo, cumplimiento de la mayoría de edad del último hijo menor a cargo, inclusión o exclusión de un cónyuge o concubino) deberá enviar el formulario

SNIS Declaración del trabajador del BPS. De acuerdo a la normativa actual, es responsabilidad de cada trabajador declarar estos cambios en el núcleo familiar.

d. DEVOLUCIONES:

i. Los trabajadores que no declaren en tiempo y forma su situación actual, siendo pasibles de descuentos que podrían haberse evitado, **NO TENDRÁN DERECHO A SOLICITAR DEVOLUCIÓN ALGUNA.**

ii. Sólo se tramitarán devoluciones por concepto de FONASA a aquellos trabajadores que por error institucional se le ha aplicado descuentos incorrectos. En estos casos el trabajador deberá presentar una nota indicando el período del reclamo y adjuntar el talón de presentación del formulario SNIS o, en su defecto, demostrar que realizó la declaración en tiempo y forma.

iii. Existen excepciones en cuanto a cónyuges y concubinos (consultar en GAFI).

MOVIMIENTO	FORMULARIO	PLAZO
ALTAS	SNIS SNIS BPS	Hasta el mismo día de asunción del cargo
BAJAS	COMUNICACIONES AL DEPARTAMENTO DE SUELDOS Y GAFI- FONASA (O&M 317/06)	Antes de los 5 días hábiles de producida la baja (TOTAL)
Modificaciones	SNIS BPS	Dentro del mes que se produce el cambio

PARA RECORDAR QUE:

- Es responsabilidad de cada trabajador:
- Declarar la situación familiar correspondiente en tiempo y forma.
- Controlar los aportes con el fin de detectar irregularidades que puedan surgir.
- Es responsabilidad de cada Centro Escolar:
- Brindarle al trabajador la información necesaria.

- Poner a disposición los formularios correspondientes.

- Facilitarle los medios de envío.

Toda la información necesaria se encuentra disponible tanto en la web institucional como en el Blog de GAFI.

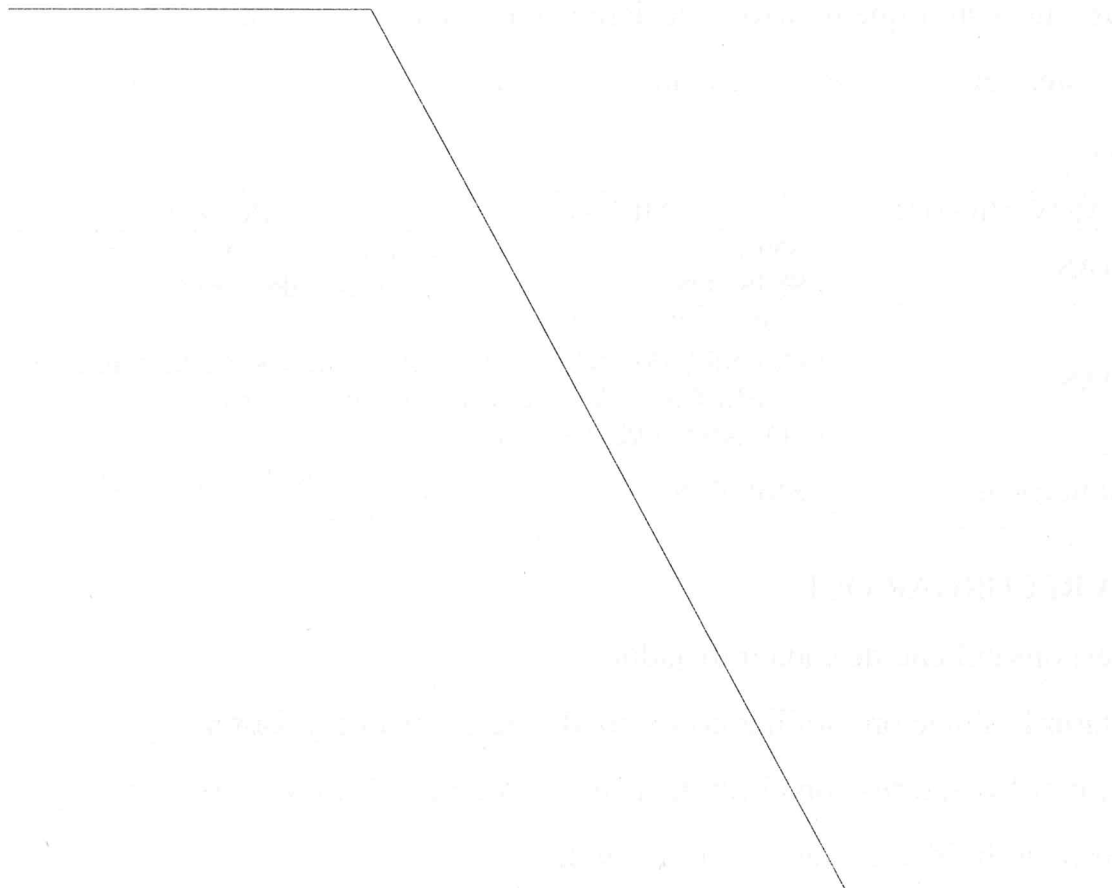
Para las altas deberán enviar las dos Declaraciones del Trabajador.

Nuestros medios de comunicación:

- Telefax: 2411.13.90

- Email: gafi.cetp@gmail.com

- Blog: <https://gaficetp.wordpress.com/>





Consejo de Educación
Técnico Profesional
Universidad del Trabajo del Uruguay

FECHA: dd/mm/aa

SNIS – DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

Vía 1 Empresa

1- DATOS DEL DECLARANTE

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE	Fecha de Nac.	TEL. / CEL.
DOMICILIO:			LOCALIDAD:			
DEPARTAMENTO:			CORREO ELECTRÓNICO:			
FECHA DE INGRESO:		FECHA DE BAJA:		CAUSAL:		

¿Cuál es su cargo en la Institución?

DOCENTE ☐	NO DOCENTE ☐	BECARIO O PASANTE ☐	CONTRATO ☐
-------------------------------------	--	---	--------------------------------------

- Para la determinación de los descuentos correspondientes al financiamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de la afiliación al mismo de su núcleo familiar, el firmante **DECLARA ANTE SU EMPLEADOR** que al día de la fecha:

☐ NO TIENE hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
☐ TIENE hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
☐ NO TIENE a su cargo Cónyuge o Concubino.
☐ TIENE a su cargo Cónyuge o Concubino sin amparo al sistema de acuerdo al Dec. 318/2010.

DATOS DEL CÓNYUGE ☐ O CONCUBINO/A ☐ (Completar solo en el caso de dar cobertura)

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE	F. DE NACIM.

TIENE USTED COBERTURA FONASA POR OTRO EMPLEADOR SI ☐ NO ☐

FIRMA DEL TRABAJADOR

- Este formulario deberá ser completado en su totalidad y enviado el mismo día que el trabajador asuma el cargo al Fax: 24111390 (Sector GAFI) o por mail a: gafi.cetp@gmail.com.
- La presente Declaración está sujeta a las disposiciones del Art. 63 del Código Tributario, ley N° 14.306, modificativas y concordantes.

SNIS - DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

Vía 2 Trabajador

1 - DATOS DEL DECLARANTE

DOCUMENTO	1° APELLIDO	2° APELLIDO	1° NOMBRE	2° NOMBRE	Fecha de Nac.	TEL./CEL.
FECHA DE INGRESO:		FECHA DE BAJA:		CAUSAL:		

Cargo en la Institución:

DOCENTE ☐	NO DOCENTE ☐	BECARIO O PASANTE ☐	CONTRATO ☐
-------------------------------------	--	---	--------------------------------------

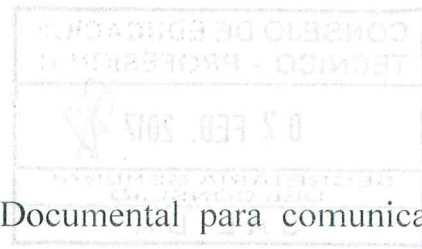
Recibimos el día de la fecha el formulario SNIS en la que el trabajador declara tener Seguro de Salud

FECHA: dd/mm/aa

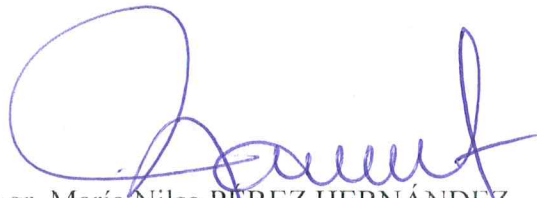
FIRMA DE LA EMPRESA



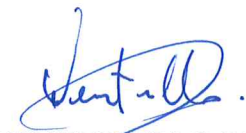
Consejo de Educación
Técnico Profesional
Universidad del Trabajo del Uruguay



2) Pase al Departamento de Administración Documental para comunicar al Programa de Gestión Humana (GAFI y FONASA) y a la Dirección de Comunicaciones para su inclusión en la página web y el Departamento de Organización y Métodos. Cumplido, archívese.



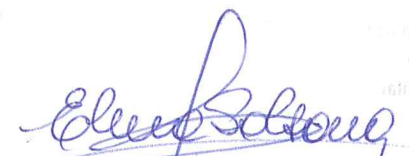
Ing. Agr. María Nilsa PEREZ HERNÁNDEZ
Directora General



Mtro. Téc. Miguel VENTURIELLO BLANCO
Consejero



Mtro. Téc. Freddy AMARO BATALLA
Consejero



Esc. Elena SOLSONA ARRIBILLAGA
Secretaria General

NC/fv