

ANEXO 1

La Paz, _____ de _____ de _____

CERT N° _____

(Nombre de la Entidad Certificadora) _____, con domicilio en _____ de la ciudad de _____, a solicitud del interesado:

CERTIFICA QUE:

El (la) señor(a) _____ (nombre completo del Asegurado en mayúsculas y con negrillas), con documento de identidad número _____ (en negrillas) _____, se encuentra registrado(a) en el Sistema Integral de Pensiones con el CUA _____, y cuenta con aportes conforme se señalan a continuación :

N° TOTAL DE APORTES EN EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES:

___ (numeral y literal) _____ movimientos y/o aportes registrados en su Cuenta Personal Provisional, con inicio en el período _____ (mes/año) _____ y último aporte en el período ___ (mes/año) _____.

El tramo de sus aportaciones es el siguiente:

De ___ (mes/año) ___ Hasta ___ (mes/año) ___ en calidad de ___ (depend./independ.)

De ___ (mes/año) ___ Hasta ___ (mes/año) ___ en calidad de ___ (depend./independ.)

De ___ (mes/año) ___ Hasta ___ (mes/año) ___ en calidad de ___ (depend./independ.)

BENEFICIOS OTORGADOS POR EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES:

El (la) Asegurado(a) _____ (nombre completo del Asegurado en mayúsculas y con negrillas), no consigna beneficio alguno en el SIP.

Es cuanto certifico.

Firma y sello
Entidad Certificadora

SELLO SECO
Entidad Certificadora

ANEXO 2

La Paz, ___ de _____ de _____

CERT N° _____

(nombre de la Entidad Certificadora) _____, con domicilio en de la ciudad de _____, a solicitud del interesado:

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) _____ (nombre completo del Asegurado en mayúsculas y con negrillas)_, con documento de identidad número _____ (en negrillas), se encuentra registrado(a) en el Sistema Integral de Pensiones con el CUA _____, y cuenta con aportes conforme se señalan a continuación:

N° TOTAL DE APORTES EN EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES:

_____ (numeral y literal) movimientos y/o aportes registrados en su Cuenta Personal Provisional, con inicio en el período _____ (mes/año) y último aporte en el período (mes/año) _____.

El tramo de sus aportaciones es el siguiente:

De ___ (mes/año) ___ Hasta ___ (mes/año) ___ en calidad de ___ (depend./independ.)

De ___ (mes/año) ___ Hasta ___ (mes/año) ___ en calidad de ___ (depend./independ.)

De ___ (mes/año) ___ Hasta ___ (mes/año) ___ en calidad de ___ (depend./independ.)

BENEFICIOS OTORGADOS POR EL SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES:

El (la) Asegurado (a) _____ (nombre completo del Asegurado en mayúsculas y con negrillas) _____, consigna los siguientes beneficios del SIP):

BENEFICIO:	EN CALIDAD DE (*):

(*) se refiere a que si el beneficio del SIP lo recibe en calidad de titular o Derechohabiente. Es cuanto certifico.

Firma y sello
Entidad Certificadora

SELLO SECO
Entidad Certificadora

ANEXO 3

La Paz, ___ de _____ de ___

CERT N° _____

(nombre de la Entidad Certificadora) _____, con domicilio en
_____ de la ciudad de _____, a solicitud del interesado:

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) _____ (nombre completo del Asegurado en
mayúsculas y con negrillas) _____, con documento de identidad número
_____ (en negrillas) _____ y fecha de nacimiento _____ de _____ de
_____, no se encuentra registrado (a) en el Sistema Integral de Pensiones y por
consiguiente no cuenta con CUA y no tiene aportes al SIP.

Es cuanto certifico

Firma y sello
Entidad Certificadora

SELLO SECO
Entidad Certificadora