

**ANEXO 1**
**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PENSIÓN DE JUBILACIÓN**
**LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN**

**Nº**

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	SEXO		
			DÍA	MES	AÑO		M	F	
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO		PROVINCIA		
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN		Nº		
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO				
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA				

**II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO**

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR				FECHA INI. REL. LAB.	OCUPACIÓN
		DÍA	MES	AÑO			
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		
DIRECCIÓN		Nº	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL

**III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR				
M	F								
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR						
DIRECCIÓN			Nº	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN			
SI	NO				DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

**IV. DERECHOHABIENTES**
**PRIMER GRADO**

CÓNYUGE		CONVIVIENTE		Nº HIJOS VIVOS		Nº HIJOS FALLECIDOS									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO					
								M	F	DÍA	MES	AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				CÓD. VER.		
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO	ORIGINAL	COPIA		
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA				CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO						
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA			DÍA	MES	AÑO					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			INVÁLIDO		
								M	F	DÍA	MES	AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO	
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO	ORIGINAL	COPIA		
<b>SEGUNDO GRADO</b>															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO					
								M	F	DÍA	MES	AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	EXCLUIR						
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO				
<b>TERCER GRADO</b>															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO					
								M	F	DÍA	MES	AÑO			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	% ASIGNACIÓN						
SI	NO			SI	NO	ORIGINAL	COPIA								

**AVISO LEGAL**

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Prestación de Vejez o Solidaria de Vejez la Gestora rechazará el presente trámite.
2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
3. En el evento, que el Poder de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA**

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado

<b>FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE</b>	<b>FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA</b>
--	--

## SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

<b>I. DATOS DEL ASEGURADO</b>													
CUA	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO			
				DÍA	MES	AÑO				M	F		
ENTE GESTOR DE SALUD			MATRÍCULA DE ASEGURADO			DEPARTAMENTO			PROVINCIA				
CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN					Nº			
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO		COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.			
					SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA			
<b>II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO</b>													
DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR							FECHA INICIO REL. LAB.	OCCUPACIÓN			
									DÍA	MES	AÑO		
DEPARTAMENTO		PROVINCIA			CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR						
DIRECCIÓN			Nº	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL			
<b>III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)</b>													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE					
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI	PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR					
M	F												
DEPARTAMENTO	PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR								
DIRECCIÓN				Nº	CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL			
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO			FECHA DE REVISIÓN			VALIDACIÓN		
SI	NO							DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.	
<b>IV. DERECHOHABIENTES</b>													
TABLA DE CLAVES	CLAVE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Nº DOC. IDENT.	FECHA NACIMIENTO					
60= ESPOSA													
51= CONVIVIENTE													
02 AL 09 = HIJOS													
52 AL 59 = HIJAS													
10 AL 15 = HERMANOS													

80 AL 85 = HERMANAS							
16 = PADRE							
66 = MADRE							

V. DOCUMENTACIÓN TÉCNICO MÉDICA			
Cantidad	Descripción del Documento	Original	Copia

**AVISO LEGAL**

- Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Prestación de Invalidez, la Gestora rechazará el presente trámite.
- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA**

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

<b>FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE</b>	<b>FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA</b>
--	--

## SOLICITUD DE PENSIÓN POR MUERTE

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

I. DATOS DEL ASEGURADO																
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO				
						DÍA	MES	AÑO				M		F		
ENTE GESTOR DE SALUD				MATRÍCULA DE ASEGURADO												
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO		
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO	ORIGINAL	COPIA			DÍA	MES	AÑO
II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO FALLECIDO																
DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS / RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR								FECHA INICIO REL. LAB.		OCCUPACIÓN				
				DÍA	MES	AÑO										
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR										
DIRECCIÓN		Nº	TELÉFONO/CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO						CASILLA POSTAL					
III. DATOS DEL SOLICITANTE																
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE								
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		TELÉFONO/CELULAR					
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR										
DIRECCIÓN		Nº	CORREO ELECTRÓNICO						CASILLA POSTAL							
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER.	TEST. TUTORÍA		Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN					
SI	NO		SI	NO					DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.			
IV. DERECHOHABIENTES																
PRIMER GRADO																
CÓNYUGE		CONVIVIENTE		Nº HIJOS VIVOS												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE								
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO		FECHA DE NACIMIENTO					
									M		F	DÍA	MES	AÑO		

COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE MATRIMONIO				CÓD. VER.					
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA						
TESTIMONIO DE CONVIVENCIA		SI	NO														
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			INVÁLIDO							
				M		F		DÍA	MES	AÑO	SI	NO					
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.												
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA												
SEGUNDO GRADO																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			EXCLUIR							
				M		F		DÍA	MES	AÑO	SI	NO					
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO										CÓD. VER.					
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA												

**AVISO LEGAL**

- Si el Asegurado no cumple con los requisitos para que sus Derechohabientes accedan a Pensión por Muerte derivada de Vejez, de Solidaria de Vejez y de Riesgos la Gestora rechazará el presente trámite.
- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA**



Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------------------	---

## SOLICITUD DE GASTOS FUNERARIOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO																
CUA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO				
						DÍA	MES	AÑO				M		F		
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO			CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN			CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		DIA	MES	AÑO		
II. DATOS DEL SOLICITANTE																
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO			SEXO			TELÉFONO/CELULAR				
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD					ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR							
DIRECCIÓN						Nº	CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER.	TEST. TUTORÍA		Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN			VALIDACIÓN				
SI	NO		SI	NO					DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH			
FACTURA		COD. VER.	RECIBO		COD. VER.											
SI	NO		SI	NO												
III. TESTIGOS (PARA SOLICITUDES PRESENTADA DENTRO DE LOS PRIMEROS 6 MESES Y SÓLO EN CASO DE PRESENTAR RECIBO)																
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO				
												DÍA	MES	AÑO		
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FACTURA		RECIBO		TELÉFONO/CELULAR			SEXO			
						SI	NO	SI	NO				M		F	
CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR						DIRECCIÓN						Nº		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO				
												DÍA	MES	AÑO		
TIPO DOC.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		FACTURA		RECIBO		TELÉFONO/CELULAR			SEXO			
						SI	NO	SI	NO				M		F	
CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR						DIRECCIÓN						Nº		

**AVISO LEGAL**

1. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Asegurado presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
2. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA**

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b>	<b>FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA</b>

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE CCM

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA/NRF	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SEXO							
			DÍA      MES      AÑO			M                    F						
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO	PROVINCIA							
CIUDAD		ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN								
TELÉFONO/CELULAR		CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO								
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES	AÑO

### II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR			FECHA INICIO REL. LAB.	OCCUPACIÓN
					DÍA      MES      AÑO	
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR	
DIRECCIÓN		Nº	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL

### III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR		
M	F						
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR				
DIRECCIÓN			Nº	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL	
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN
SI	NO	SI	NO			DÍA      MES      AÑO	APROB.      RCH.

**IV. DERECHOHABIENTES**

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		
								M	F	DÍA	MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		COD. VER	CERTIFICADO DE MATRIMONIO		COD. VER	TESTIMONIO DE CONVIVENCIA		
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		
								M	F	DÍA	MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	INVÁLIDO			
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		
								M	F	DÍA	MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		CÓD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	INVÁLIDO			
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA			SI	NO			

**AVISO LEGAL**

- Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Pago de CCM, la Gestora rechazará el presente trámite.
- El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA**



Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

<b>FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE</b>		<b>FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA</b>	

## SOLICITUD DE RETIROS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE							
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SEXO							
			DÍA      MES      AÑO									
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO	PROVINCIA							
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR			DIRECCIÓN			Nº					
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL			CORREO ELECTRÓNICO								
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO		CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES	AÑO

### II. DATOS LABORALES DEL ASEGURADO

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR			FECHA INICIO REL. LAB.	OCCUPACIÓN	
					DÍA	MES	AÑO
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR		
DIRECCIÓN		Nº	TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			CASILLA POSTAL

### III. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR					
M	F									
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR							
DIRECCIÓN			Nº	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN			
SI	NO	SI	NO			DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

**IV. SELECCIÓN DE RETIROS MÍNIMOS Y MODALIDAD DE PAGO**
**ELIGE UNA OPCIÓN:**

- 60% DEL REFERENTE SALARIAL
- 60% DEL SALARIO MÍNIMO NACIONAL

BS
BS

RETIROS MÍNIMOS

RETIRO FINAL

Los Retiros Mínimos son sujetos al descuento de tres por ciento (3%) para cobertura de salud.

El Retiro Final es realizado en un solo pago u no está sujeto a l descuento de salud, por lo que el Asegurado o Derechohabiente no contará con cobertura de salud.

**V. DERECHOHABIENTES**

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE								
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		ESTADO CIVIL		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO				
												M	F	DÍA	MES	AÑO
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		COD. VER.		CERTIFICADO DE MATRIMONIO		COD. VER.		TESTIMONIO DE CONVIVENCIA				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE								
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		ESTADO CIVIL		SEXO		M	F			
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		COD. VER.		CERTIFICADO DE MATRIMONIO		COD. VER.		FECHA DE NACIMIENTO				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	DÍA	MES	AÑO		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE								
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		ESTADO CIVIL		SEXO		M	F			
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER.		CERTIFICADO DE NACIMIENTO		COD. VER.		CERTIFICADO DE MATRIMONIO		COD. VER.		FECHA DE NACIMIENTO				
SI	NO	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO	DÍA	MES	AÑO		

**VI. CUENTA PERSONAL PREVISIONAL**

TIENE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CC)		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MONTO CC	<input type="checkbox"/>
FECHA DE INICIO DE COTIZACIÓN AL SSO/SIP		DÍA	<input type="checkbox"/>	MES	<input type="checkbox"/>	AÑO	<input type="checkbox"/>
- N° DE CUOTAS CORRESPONDIENTES AL SALDO ACUMULADO: - VALOR CUOTA A LA FECHA DEL DÍA ANTERIOR A LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD - SALDO ACUMULADO EN LA CUENTA PERSONAL PREVISIONAL EN BOLIVIANOS							
A B A x B							

**AVISO LEGAL**

1. Si el Asegurado no cumple con los requisitos para acceder a Retiros Mínimos / Retiro Final, la Gestora rechazará el presente trámite.
2. El solicitante que hubiera entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
3. En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA**

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

<b>FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE</b>	<b>FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA</b>
--	--

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE MASA HEREDITARIA

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

TIPO DE MASA HEREDITARIA:

CUENTA PERSONAL PREVISIONAL

PENSIONES NO COBRADAS ASEGURADO FALLECIDO

PENSIONES NO COBRADAS DERECHOHABIENTE FALLECIDO

### I. DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO

CUA	PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO					
				DÍA	MES	AÑO									
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO			
		SI	NO	SI	NO		ORIGINAL	COPIA	SI	NO		ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES

### II. DATOS DEL DERECHOHABIENTE FALLECIDO

CUA	PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO CASADA			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI		FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL			SEXO					
				DÍA	MES	AÑO									
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	CERTIFICADO DE NACIMIENTO				CÓD. VER.	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				CÓD. VER.	FECHA DE FALLECIMIENTO			
		SI	NO	SI	NO		ORIGINAL	COPIA	SI	NO		ORIGINAL	COPIA	DÍA	MES

### III. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLODIO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE									
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR							
										M	F						
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR								
DIRECCIÓN				Nº		CORREO ELECTRÓNICO					CASILLA POSTAL						
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA		DEC. DE HEREDEROS		Nº DE PODER		Nº DE NOTARÍA		NOMBRE DEL NOTARIO		FECHA DE REVISIÓN		VALIDACIÓN			
		SI	NO	SI	NO									DÍA	MES	AÑO	APROB.

### IV. DATOS GENERALES DE LOS HEREDEROS

Nº DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLODIO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE									
TIPO DOC. IDENT.		Nº DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR							
								M	F								
DEPARTAMENTO			PROVINCIA			CIUDAD			ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR								

DIRECCIÓN				N°	CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL										
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			COD. VER	CERTIFICADO DE MATRIMONIO			COD. VER	TESTIMONIO DE CONVIVENCIA								
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA		SI	NO	ORIGINAL	COPIA	SI	NO						
N° DE PARTIDA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS						PRIMER APELLIDO						SEGUNDO APELLIDO		APELLO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.		N° DOC. IDENTIDAD		COMPL. CI		PARENTESCO		SEXO		TELÉFONO/CELULAR									
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD		ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR													
DIRECCIÓN				N°	CORREO ELECTRÓNICO				CASILLA POSTAL										
COPIA DOC. IDENT.		COD. VER	CERTIFICADO DE NACIMIENTO			COD. VER													
SI	NO		SI	NO	ORIGINAL	COPIA													

**AVISO LEGAL**

- Si el Solicitante que hubiere entregado los documentos de acreditación en fotocopia, será notificado por escrito cuando existan observaciones a los mismos, para que en un plazo de DOCE (12) meses de la fecha de solicitud consignada en el presente formulario, rectifique las mismas y/o presente los documentos en original. De no regularizar las observaciones y/o presentar los documentos requeridos en el plazo señalado, la Gestora anulará el presente trámite, pudiendo el Solicitante presentar una nueva solicitud en cualquier momento.
- En el evento, que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**EL SOLICITANTE DEBE RETORNAR A LA GESTORA A PARTIR DE FECHA**

Entre tanto el Solicitante no se presente a la Gestora a partir de la fecha indicada, para notificarse con los resultados de la verificación de los documentos y Estado de Ahorro Previsional, su trámite no podrá ser completado.

FIRMA DEL HEREDERO 1. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)		FIRMA DEL HEREDERO 2. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)	
FIRMA DEL HEREDERO 3. (NOMBRE Y APELLIDOS DEL HEREDERO)		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	

**ANEXO 3**  
**CÓDIGOS DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
E0	Documento sin observación
E1	Se presentó sólo fotocopia del documento de identidad y en el Registro del OEP existe inscrita más de una partida con la información declarada.
E2	La información de la partida inscrita en el Registro de la OEP no coincide plenamente con la información del documento presentado.
E3	La partida inscrita en el Registro del OEP está cancelada.
E4	No existe partida inscrita en el Registro de la OEP que respalde la información del documento presentado o de la declaración realizada.
E5	La información de Vivencia/Fallecimiento declarada en el Formulario de Solicitud no se encuentra respaldada por el Registro del OEP.
E6	Fotocopia del documento no legible.
E7	Otro.

## DECLARACIÓN SOBRE DOBLE PERCEPCIÓN

Yo Asegurado(a), \_\_\_\_\_ con CUA \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (Tipo Doc. Id.) N° \_\_\_\_\_ que en fecha \_\_\_\_\_ he presentado solicitud de jubilación, misma que ha concluido con la Firma de una Declaración/Convenio de Pensión en fecha \_\_\_\_\_, declaro que:

A la fecha, trabajo en la Empresa/Entidad \_\_\_\_\_, que es  Pública  
 Privada

He concluido mi última relación de Dependencia Laboral en fecha \_\_\_\_\_

### Notificación:

Conforme lo señalado en el artículo 53 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, los Asegurados que cuenten con una Pensión o Pago donde uno de sus componentes sea la Compensación de Cotizaciones Mensual (CC), y continúen realizando una actividad laboral financiada con recursos públicos, deberán solicitar la suspensión temporal del componente de CCM, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Los Asegurados con Pensión Solidaria de Vejez que continúen realizando una actividad laboral en el sector público o privado, deberán solicitar la suspensión temporal de sus Fracción Solidaria, a objeto de no incurrir en Doble Percepción.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

_____	_____
FIRMA DEL ASEGURADO	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

**ANEXO 5**  
**FORMULARIO DE REPOSICIÓN DE RETIROS**

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	ESTADO CIVIL	SEXO
ENTE GESTOR DE SALUD	MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN	Nº	
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		

**II. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR	M    F	CASILLA POSTAL
DIRECCIÓN			Nº	CORREO ELECTRÓNICO	

**III. IDENTIFICACIÓN DE PERIODOS RETIRADOS**

Nº	PERIODO	Nº CUOTAS RETIRADAS	FECHA DE RETIRO	MODALIDAD DE RETIRO
TOTAL CUOTAS RETIRADAS POR CONCEPTO DE COTIZACIONES MENSUALES OBLIGATORIAS				

**IV. PERIODOS A SER REPUESTOS**

Nº	PERIODO	Nº CUOTAS A REPONERSE	TOTAL CUOTAS A REPONER
			MONTO A REPONER EN BOLIVIANOS
			A VALOR CUOTA DE FECHA: _____

**AVISO LEGAL**

El monto de reposición en Bolivianos señalado en el numeral IV. Anterior, tiene vigencia de un (1) día hábil administrativo, hasta el día.....de.....

De no efectuarse la reposición en el plazo señalado, el Solicitante deberá apersonarse nuevamente por la Gestora para la actualización del monto a reponerse en Bolivianos.

<b>FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE</b>	<b>FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA</b>

## ANEXO 6

### CERTIFICADO DE SALDOS Y ACTUALIZACIÓN DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN				Nº		
<b>I. DATOS DEL ASEGURADO</b>						
CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	
			DÍA    MES    AÑO			
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA		
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR	DIRECCIÓN			Nº	
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	EDAD A FECHA DE DOLICITUD	SECTOR		
				MINERO	OTRO	
<b>II. ACTUALIZACIÓN DEL CERTIFICADO DE COMPENSACIÓN DE COTIZACIONES (CCM) (A FECHA DE SOLICITUD)</b>						
MONTO DE CERTIFICADO DE CCM (Bs)	DENSIDAD DE APORTES SISTEMA DE REPARTO (A)	TIPO DE CAMBIO (CONSIGNADO EN CERTIFICADO DE CCM)	TIPO DE CAMBIO (A FECHA DE SOLICITUD)	CC ACTUALIZADA (Bs)		
<b>III. SALDO DE LA CUENTA PERSONAL (CPP) (A FECHA DE SOLICITUD)</b>						
FECHA DE SOLICITUD DÍA    MES    AÑO	SALDO ACUMULADO EN CPP (Bs.)	SALDO ACUMULADO EN CPP (Nº CUOTAS)	VALOR CUOTA (A FECHA DE SOLICITUD)			
SOLO PARA ASEGURADAS DENSIDAD DE APORTES SSO/SIP (B)		Nº DE HIJOS NACIDOS VIVOS	DENSIDAD APORTES POR HIJOS NACIDOS VIVOS (C)	DENSIDAD DE APORTES (A+B+C)		
<b>IV. AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE (A FECHA DE SOLICITUD)</b>						
Nº DE CERTIFICADO INSALUBRE	Nº DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE	EMPLEADOR	FECHAS			
Nº DE CERTIFICADO INSALUBRE	Nº DE AÑOS DE TRABAJO INSALUBRE	EMPLEADOR	FECHAS			
Nº DE CITE DE DECLARACIÓN JURADA	Nº DE AÑOS DE TRABAJO EN EL ÁREA PRODUCTIVA DEL SECTOR MINERO METALÚRGICO	EMPLEADOR	FECHAS			

TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO METALURGISTA			TOTAL N° AÑOS TRABAJO INSALUBRE COMO MINERO COOPERATIVISTA			LÍMITES SOLIDARIOS P/MINEROS	
AÑOS	MESES	DÍAS	AÑOS	MESES	DÍAS	SI	NO

LA GESTORA DEBE ADJUNTAR ESTE DOCUMENTO EL ESTADO DE AHORRO PREVISIONAL (EAP) A FECHA DE SOLICITUD

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA \_\_\_\_\_

## HOJA DE CÁLCULO DE REFERENTE SALARIAL

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

FECHA

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
CUA	TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD		
				DÍA	MES	AÑO			

### II. CÁLCULO DE REFERENTE SALARIAL

DENSIDAD DE APORTES	Nº PERIODOS PAGADOS POR ADELANTADO	Nº PERIODOS CONSIDERADOS PARA REFERENTE SALARIAL	DIFERENCIA MAYOR ENTRE TG O IC (%)	FECHA DE SINIESTRO (SOLO PARA INVALIDEZ Y MUERTE)			TC ÚLTIMO DÍA CALENDARIO DEL MES ANTERIOR A FECHA DE SOLICITUD (Bs. /\$us) (SOLO PARA VEJEZ)		FECHA DE SOLICITUD		
				DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO
TIPO DE REFERENTE SALARIAL:				<input type="checkbox"/> VEJEZ	<input type="checkbox"/> SOLIDARIO DE VEJEZ	<input type="checkbox"/> RIESGOS	<input type="checkbox"/> RETIROS MÍNIMOS				
Nº DE PERIODOS	PERIODO	% VARIACIÓN	TG O IC (RANGO)	TIPO DE CAMBIO PERIODO (Bs/\$us)	TC NOV-2001 (Bs. /\$us)	UFV PERIODO	UFV MES ANTERIOR A FECHA DE SOLICITUD	MENSUALIZADO (*)	TG O IC Bs. CON MANTENIMIENTO DE VALOR		
60											
59											
58											
57											
56											
55											
54											
53											
52											
51											
50											
49											
48											
47											
46											
45											
44											
43											
42											
41											
40											



39									
38									
37									
36									
35									
34									
33									
32									
31									
30									
29									
28									
27									
26									
25									
24									
23									
22									
21									
20									
19									
18									
17									
16									
15									
14									
13									
12									
11									
10									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									

TOTAL REFERENTE SALARIAL =

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE GESTORA

(\*) Corresponde señalar el N° de días aportados para los períodos en los que el TG fue mensualizado.

## FORMULARIO DE COMPARACIÓN DE PENSIONES

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SEXO
			DÍA    MES    AÑO		
				M	F

### II. DATOS DEL TRÁMITE

Nº DE SOLICITUD	FECHA DE SOLICITUD	REGIONAL

### III. DERECHOHABIENTES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DE ASIGNACIÓN	
						RIESGOS	VEJEZ/ SOL. VEJEZ
% DE ASIGNACIÓN TOTAL (SUMA DE TODOS LOS DERECHOHABIENTES)							

### IV. PENSIONES POR MUERTE A LAS QUE PODRÍAN ACCEDER LOS DERECHOHABIENTES

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE	MONTO EN Bs.

### V. PENSIÓN POR MUERTE OTORGADA

TIPO DE PENSIÓN POR MUERTE OTORGADA	MONTO EN Bs.

FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA

## FORMULARIO DE HABILITACIÓN / REPOSICIÓN DE PAGOS

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL	SEXO	
			DÍA	MES	AÑO	M	F
ENTE GESTOR DE SALUD		MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO		PROVINCIA	
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN			Nº	
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO				

### II. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR					
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR							
DIRECCIÓN			Nº	CORREO ELECTRÓNICO	CASILLA POSTAL					
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TUTORÍA	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN			
SI	NO	SI	NO			DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

### III. DATOS DE LA SOLICITUD

HABILITACIÓN	<input type="text"/>	REPOSICIÓN	<input type="text"/>
FRACCIÓN SOLIDARIA		<input type="text"/>	
CCM		<input type="text"/>	
PENSIÓN		<input type="text"/>	

**IV. DETALLE DE PAGOS NO COBRADOS**

(\*) DETALLAR LA FRACCIÓN Y/O PENSIÓN QUE CORRESPONDA

En el evento, que el Poder o Test. De Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

**FIRMA DEL SOLICITANTE**      **FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA**

## FORMULARIO DE RENUNCIA DE DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SEXO
			DÍA		
ENTE GESTOR DE SALUD	MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN	Nº	
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		

### II. DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR					
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR							
DIRECCIÓN			Nº	CORREO ELECTRÓNICO	CASILLA POSTAL					
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TEST. TUTORÍA	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN			
SI	NO	SI	NO			DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

### III. DATOS DEL DICTAMEN

TIPO DE DICTAMEN (INV/FALL)	Nº DICTAMEN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN /PUBLICACIÓN	FECHA DE SINIESTRO	ORIGEN	CAUSA	PORCENTAJE (%)	TIENE COBERTURA	MONTO PENSIÓN QUE CORRESPONDERÍA
								SI	NO

### IV. RENUNCIA AL DERECHO DE SOLICITAR REVISIÓN DE DICTAMEN

Habiendo revisado el Dictamen señalado en el numeral III. anterior, y toda vez que me encuentro de acuerdo con lo establecido en el mismo y con la fecha de siniestro (invalidez o fallecimiento) determinada, renuncio a mi derecho a pedir Revisión de Dictamen, por lo que de no contar la Gestora con una solicitud de revisión anterior y no ser parte del control concurrente, en el marco del artículo 154 del Reglamento del Decreto Supremo N° 0822/2011, solicito que el citado dictamen quede ejecutoriado a partir de la fecha de entrega y suscripción del presente formulario.

RENUNCIÓ A MI DERECHO A PEDIR REVISIÓN DE DICTAMEN:

En el evento que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.

FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA
-----------------------------------	---

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN DE DICTAMEN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SEXO
			DÍA		
ENTE GESTOR DE SALUD	MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN		
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		

### II. DATOS DEL SOLICITANTE

ASEGURADO	<input type="text"/>	DERECHOHABIENTE	<input type="text"/>	EMPLEADOR	<input type="text"/>					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO	TELÉFONO/CELULAR					
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	CIUDAD	ZONA/VILLA/BARRIO/SECTOR							
DIRECCIÓN			Nº	CORREO ELECTRÓNICO		CASILLA POSTAL				
COPIA DOC. IDENT.	CÓD. VER.	TUTORÍA	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN	VALIDACIÓN			
SI	NO	SI	NO			DÍA	MES	AÑO	APROB.	RCH.

### III. DATOS DEL DICTAMEN

TIPO DE DICTAMEN (INV/FALL)	Nº DICTAMEN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN ASEGURADO/PUBLICACIÓN EN PRENSA	ORIGEN	CAUSA	PORCENTAJE (%)	TIENE COBERTURA	MONTO PENSIÓN QUE CORRESPONDERÍA	
							SI	NO	

### IV. SOLICITUD DE REVISIÓN DE DICTAMEN

SOLICITO REVISIÓN DEL DICTAMEN NRO <input type="text"/>	SE ADJUNTA DOCUMENTACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LISTA DE DOCUMENTOS ADJUNTOS:			
MOTIVO DE LA SOLICITUD:			
En el evento de que el Poder o Test. de Tutoría de inicio de trámite no cumpla las condiciones legales y fuera observado por la Gestora en su proceso de validación, este trámite será anulado.			
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE	FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA		

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN

Nº

### I. DATOS DEL ASEGURADO

CUA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	FECHA DE NACIMIENTO DÍA      MES      AÑO	ESTADO CIVIL	SEXO M      F
ENTE GESTOR DE SALUD	MATRÍCULA DE ASEGURADO		DEPARTAMENTO	PROVINCIA	
CIUDAD	ZONA/ VILLA/BARRIO/SECTOR		DIRECCIÓN	Nº	
TELÉFONO/CELULAR	CASILLA POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO		COPIA DOC. IDENT. SI      NO	CÓD. VER.

### II. DATOS DEL SOLICITANTE (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO CASADA	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DOC. IDENT.	Nº DOC. IDENTIDAD	COMPL. CI	PARENTESCO	SEXO M      F		
COPIA DOC. IDENT. SI	CÓD. VER. NO	Nº DE PODER	Nº DE NOTARÍA	NOMBRE DEL NOTARIO	FECHA DE REVISIÓN DÍA      MES      AÑO	VALIDACIÓN APROB.      RCH.

### III. DATOS GENERALES DEL DICTAMEN

FECHA DE DICTAMEN	DÍA	MES	AÑO	Nº DE DICTAMEN	RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA
PORCENTAJE (%) DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL				ORIGEN	CAUSA

### IV. DETALLE DE LOS DOCUMENTOS MÉDICOS PRESENTADOS PARA LA RECALIFICACIÓN

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO	ORIGINAL	COPIA
FIRMA DEL ASEGURADO O SOLICITANTE		FIRMA DE RECEPCIÓN RESPONSABLE DE GESTORA	