

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) ____, no consigna beneficio alguno en el 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