

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