

## FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE RECEPCIÓN DE ESTADOS DE CUENTAS

FORM.SPVS/IP-010/99

AFP PREVISIÓN

LUGAR Y FECHA

AFP FUTURO DE BOLIVIA

LUGAR <input type="text"/>	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS CONFORME AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> AFILIADO INDENPENDIENTE	NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		TELÉFONO:	<input type="text"/>
<input type="radio"/> AFILIADO DEPENDIENTE	<input type="text"/>		NUA:	<input type="text"/>
2. IDENTIFICACION DEL EMPEDADOR				
NOMBRE O RAZON SOCIAL	<input type="text"/>			TELÉFONO: <input type="text"/> FAX: <input type="text"/>
FECHA QUE REALIZO EL RECLAMO				
DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	(Llenado por la Intendencia de Pensiones)	
FECHA DE RECEPCIÓN DE SU ESTADO DE CUENTA				
DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	(Llenado por el afiliado registrado) <input type="text"/> FIRMA DEL AFILIADO REGISTRADO	
FECHA DE RECEPCIÓN DE ESTADOS DE CUENTAS				
DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	(Llenado por el Empleador) <input type="text"/> FIRMA DEL EMPLEADOR	