

ANEXO 1

CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE AFILIADOS

Todos los afiliados al SSO, deberán estar registrados en una sola AFP de acuerdo a los siguientes criterios de asignación:

En Futuro de Bolivia S.A. AFP los afiliados que ejerzan su actividad laboral en:

- a. El Departamento de La Paz, excepto las ciudades de La Paz y El Alto.
- b. El Departamento de Cochabamba, excepto la ciudad de Cochabamba y la totalidad de las provincias Campero, Carrasco y Mizque.
- c. El Departamento de Oruro en su totalidad.
- d. El Departamento de Beni en su totalidad.
- e. El Departamento de Pando en su totalidad.
- f. Las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz de la Sierra nacidos en día impar, excluyendo a los nacidos los días 1, 3 y 5 de Enero.

En Previsión BVV S.A. los afiliados que ejerzan su actividad laboral en:

- a. El Departamento de Santa Cruz, excepto las ciudades de Santa Cruz de la Sierra.
- b. El Departamento de Tarija en su totalidad.
- c. El Departamento de Chuquisaca en su totalidad.
- d. El Departamento de Potosí en su totalidad.
- e. La totalidad de las provincias Campero, Carrasco y Mizque del Departamento de Cochabamba.
- f. Las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz de la Sierra los nacidos en día par, incluyendo a los nacidos los días 1, 3 y 5 de Enero.

NOMBRE DE LA AFP

**COMPLEMENTO AL FRT PARA EL AFILIADO CON MÁS DE UN EMPLEADOR
SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO**

No. DE SOLICITUD	No. 7678687
------------------	-------------

PARA USO DE LA AFP

NUA

FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO DE ESPECIFICACIÓN DE EMPLEADORES

LUGAR Y FECHA DE DE
.....

INFORMACIÓN VÍNCULO LABORAL (EMPLEADOR). SI TRABAJA EN MÁS DE UN LUGAR, LLENAR LAS SIGUIENTES FILAS

NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL	NÚMERO DE RUC DEL EMPLEADOR	NÚMERO PATRONAL	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL	FECHA DE CONCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL	TOTAL GANADO (Bs.)
SUMATORIA DE TOTALES GANADOS						

NOTA. Este formulario deberá ser actualizado por el afiliado cada vez que tenga modificación en sus relaciones laborales.

Para los afiliados que hubieran llenado y suscrito el presente formulario, su Estado de Cuenta deberá reportar cotizaciones adicionales mientras el afiliado tenga un Total Ganado que exceda los 60 Salarios Mínimos Nacionales.

FIRMA DEL AFILIADO

Código Promotor AFP:	
Nombre del Promotor:	<p>----- FIRMA DEL PROMOTOR RESPONSABLE DE CUALQUIER ERROR EN EL LLENADO DEL FORMULARIO</p>