

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: | ----- FIRMA DEL PROMOTOR RESPONSABLE DE CUALQUIER ERROR EN EL LLENADO DEL FORMULARIO |
| Nombre del Promotor: | |