

LOGO DE LA AFP

No. De Solicitud: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE “CERTIFICADO DE  
VERIFICACIÓN DE ESTADO DE CUENTA”**

<b>DATOS DEL AFILIADO</b>	
<b>NUA:</b>	<b>Nombres y Apellidos:</b>
<b>No. de documento de Identidad:</b>	<b>Tipo:</b> CI <input type="checkbox"/> RUN <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
<b>Teléfono o Celular:</b>	<b>Domicilio:</b>
<b>DATOS DE DERECHOHABIENTE (Solo llenar en caso de presentación por muerte derivada de jubilación)</b>	
<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>Relación de Parentesco:</b> 1° grado <input type="checkbox"/> 2° grado <input type="checkbox"/>
<b>No. de documento de Identidad:</b>	<b>Tipo:</b> CI <input type="checkbox"/> RUN <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
<b>Teléfono o Celular:</b>	<b>Domicilio:</b>
<b>DIFERENCIAS U OBSERVACIONES (Solo si Ud. Tiene conocimiento)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Periodos Faltantes, que le fueron descontados y no</b> ..... <b>figuran en el Estado de Cuentas.</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Monto pagado de cotización Mensual al 10%</b> ..... <b>del Total Ganado.</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Monto de Total Ganado diferente al que el Afiliado</b> ..... <b>percibió en un mes respectivo.</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Cotizaciones Adicionales o Depósitos Voluntarios de</b> ..... <b>Beneficios Sociales que no se consigna en el Estado</b> ..... <b>de Cuenta.</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Cualquier otra diferencia</b> .....	



ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

**Fecha de llenado de la Solicitud: dd/mm/aaa**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Afiliado/Derechohabiente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Promotor de la AFP**

**SR. SOLICITANTE, EN EL PLAZO DE 11 DÍAS HÁBILES ADMINISTRATIVOS DE  
LLENADA Y FIRMADA ESTA SOLICITUD DEBERÁ RETONAR A LA AFP.**

LOGO DE LA AFP

No. de Boleta: : \_\_\_\_\_

Fecha: dd/mm/aaa

**BOLETA DE SEGUIMIENTO DE TRÁMITE  
DE SOLICITUD DE “CERTIFICADO DE  
VERIFICACIÓN DE ESTADO DE  
CUENTA”**

Señor Solicitante, debido a:

Traspaso (plazo máximo de 30 días hábiles administrativos a partir de la fecha)

Otro (especificar).....

Detallar los motivos

Su Certificación de Verificación de Estados de Cuenta, no podrá ser emitido a la fecha. Por lo que se le pide retorne a la AFP en el plazo de \_\_\_\_\_ días hábiles administrativos para la entrega de su Certificación, a partir de la fecha de llenado de esta Boleta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado/Derechohabiente

\_\_\_\_\_  
Firma del Promotor de la AFP

SR. AFILIADO / DERECHOHABIENTE, PARA REALIZAR CUALQUIER RECLAMO O COMUNICAR EL INCUMPLIMIENTO EN LA FECHA SEÑALADA ANTERIORMENTE, CON COPIA DE ESTA BOLETA DEBE APERSONARSE A LA SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES, VALORES Y SEGUROS.

Anexo 3

LOGO DE LA AFP

No. de Certificado: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE VERIFICACIÓN DE  
ESTADO DE CUENTA**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la AFP

\_\_\_\_\_  
Certifica que, Estado de Cuenta emitido en

Fecha dd/ mm /aaaa adjunto, del Afiliado \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos

Con NUA \_\_\_\_\_ y número de Documento de Identidad  
Número

\_\_\_\_\_  
Número

\_\_\_\_\_  
cuenta con información integra, completa,

veraz y libre de errores.

Señor Solicitante se ha encontrado los siguientes aportes relacionados a su solicitud, que requieren ser acreditados una vez finalizado el proceso correspondiente

Nombre o Razón Social del Empleador	Periodo	Detallar el tipo de mora, si es aporte pagado en proceso de acreditación o recaudación no aclarada
-------------------------------------	---------	--

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Llenar solo en caso de existencia de contribuciones en MORA, APORTES PAGADOS (DEPENDIENTES) Y EN PROCESO DE ACREDITACIÓN Y RECAUDACIÓN NO ACLARADA.

**Observaciones:**

Fecha: dd/ mm/ aaaa \_\_\_\_\_

Firma  
GERENTE GENERAL

Adj. Estado de Cuenta