



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

Anexo N° II

FORMULARIO DE COTIZACIONES VOLUNTARIAS A FAVOR DE TERCEROS

No DE FOMULARIO

FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO

LUGAR DE REGISTRO:

I. DATOS A SER LLENADOS POR EL APORTANTE VOLUNTARIO

1. DATOS DEL APORTANTE VOLUNTARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELUDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
RUN		CARNET DE EXTRANJERO		DIRECCION ACTUAL DEL APORTANTE:					

2. DATOS DEL BENEFICIARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
RUN		CARNET DE EXTRANJERO		Nombre del Ente Gestor del SSO de largo plazo					
DIRECCIÓN ACTUAL DEL BENEFICIARIO				OCUPACIÓN*					
CIUDAD				PROVINCIA			SECCIÓN		
ZONA				CALLE/AV.			NÚMERO		
CANTÓN				CASILLA			E-MAIL		

II. DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL:

DIRECCIÓN:

NIT/RUC/SUP:

TELEFONO / FAX:

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

TIPO: CI ☐ RUN ☐ PASS ☐ CEXT ☐

III. DECLARACIÓN JURADA

Yo,

Nombre y Apellido

 autorizo a que mi empleador, proceda a descontarme el monto

de

Monto numeral

 00/100 bolivianos

Monto Literal

, que corresponde al

Monto numeral

 %

del Ingreso Cotizable referencial de

Monto numeral

 a favor del Beneficiario

Nombre y Apellido

a partir del mes

MM/AAAA

NOTA: Ingreso Cotizable sobre el cual realizará la contribución, no podrá ser inferior a un salario mínimo nacional ni superior al equivalente a sesenta (60) veces el salario mínimo nacional vigente.

*Es responsabilidad del Beneficiario llenar este campo y actualizarse cada vez que ocurra un cambio en el mismo para fines de cobertura

FIRMA O HUELLA DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL APORTANTE

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

CODIGO DEL PROMOTOR DE LA APS:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROMOTOR

FIRMA DEL PROMOTOR
RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMULARIO

ESTE FORMULARIO NO ES VÁLIDO SI NO CUENTA CON LA FIRMA Y SELLO DEL ENTE GESTOR DEL SSO EN TODAS SUS COPIAS

Original: AFP
Copia 1: Aportante Voluntario
Copia 2: Empleador
Copia 3: Beneficiario



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

Anexo N° III

FORMULARIO DE CESACIÓN DE COTIZACIONES VOLUNTARIAS A FAVOR DE TERCEROS

No DE FOMULARIO		FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
		LUGAR DE REGISTRO:	

I DATOS A SER LLENADOS POR EL APORTANTE VOLUNTARIO									
1. DATOS DEL APORTANTE VOLUNTARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELUDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
RUN		CARNET DE EXTRANJERO		DIRECCION ACTUAL DEL APORTANTE:					
2. DATOS DEL BENEFICIARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
RUN		CARNET DE EXTRANJERO		Nombre del Ente Gestor del SSO de largo plazo					
DIRECCIÓN ACTUAL DEL BENEFICIARIO				OCUPACIÓN*					
CIUDAD				PROVINCIA			SECCIÓN		
ZONA				CALLE/AV.			NÚMERO		
CANTÓN				CASILLA			E-MAIL		
II. DATOS DEL EMPLEADOR									
RAZÓN SOCIAL:									
DIRECCIÓN:									
NIT/RUC/SUP:				TELEFONO / FAX:					
NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL									
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD						TIPO: CI <input type="checkbox"/> RUN <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> CEXT <input type="checkbox"/>			
III. DECLARACIÓN JURADA									
Yo, _____ solicito que mi empleadro, a partir del mes _____ ya no Nombre y Apellido									
Proceda a descontarme el monto de _____ 00/100 bolivianos _____, correspondiente al _____ % Monto numeral Monto Literal Monto numeral									
del Ingreso Cotizable referencial de Bs. _____ a favor del Beneficiario _____ Monto numeral Nombre y Apellido									
solicitado en fecha _____ con el número de Formulario _____. MM/AAAA número									

*Es responsabilidad del Beneficiario llenar este campo y actualizarse cada vez que ocurra un cambio en el mismo para fines de cobertura

.....
FIRMA O HUELLA DEL BENEFICIARIO

.....
FIRMA DEL APORTANTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

CODIGO DEL PROMOTOR DE LA APS:
NOMBRE Y APELLIDO DEL PROMOTOR

FIRMA DEL PROMOTOR RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMULARIO

ESTE FORMULARIO NO ES VÁLIDO SI NO CUENTA CON LA FIRMA Y SELLO DEL ENTE GESTOR DEL SSO EN TODAS SUS COPIAS

Original: AFP
Copia 1: Aportante Voluntario
Copia 2: Empleador
Copia 3: Beneficiario