

Anexo N° II
FORMULARIO DE COTIZACIONES VOLUNTARIAS A FAVOR DE TERCEROS

| | | | |
|--------------------|--|---|---|
| No DE FOMULARIO | | FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO LUGAR DE REGISTRO: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--|---|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------|---|-----|---------------|----------------|
| 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 | | APELUDO 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: | | TELÉFONO / 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 | | | | | | | |
| <p>Yo, _____ autorizo a que mi empleador, proceda a descontarme el monto Nombre y Apellido</p> <p>de _____ 00/100 bolivianos _____, que corresponde al _____ % Monto numeral Monto Literal Monto numeral</p> <p>del Ingreso Cotizable referencial de _____ a favor del Beneficiario _____ Monto numeral Nombre y Apellido</p> <p>a partir del mes _____ MM/AAAA</p> | | | | | | | |

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

| |
|--------------------------------|
| CÓDIGO 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

Anexo N° III

FORMULARIO DE CESACIÓN 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 |
| | | | | | |
| C.I. | | PASAPORTE | | EXP EN: | NUA |
| RUN | | CARNET DE EXTRANJERO | | DIRECCIÓN ACTUAL DEL APORTANTE: | |
| 2. DATOS DEL BENEFICIARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | APELUDO DE CASADA | | PRIMER 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: | | TELÉFONO / 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 empleador, 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

| |
|--------------------------------|
| CÓDIGO 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