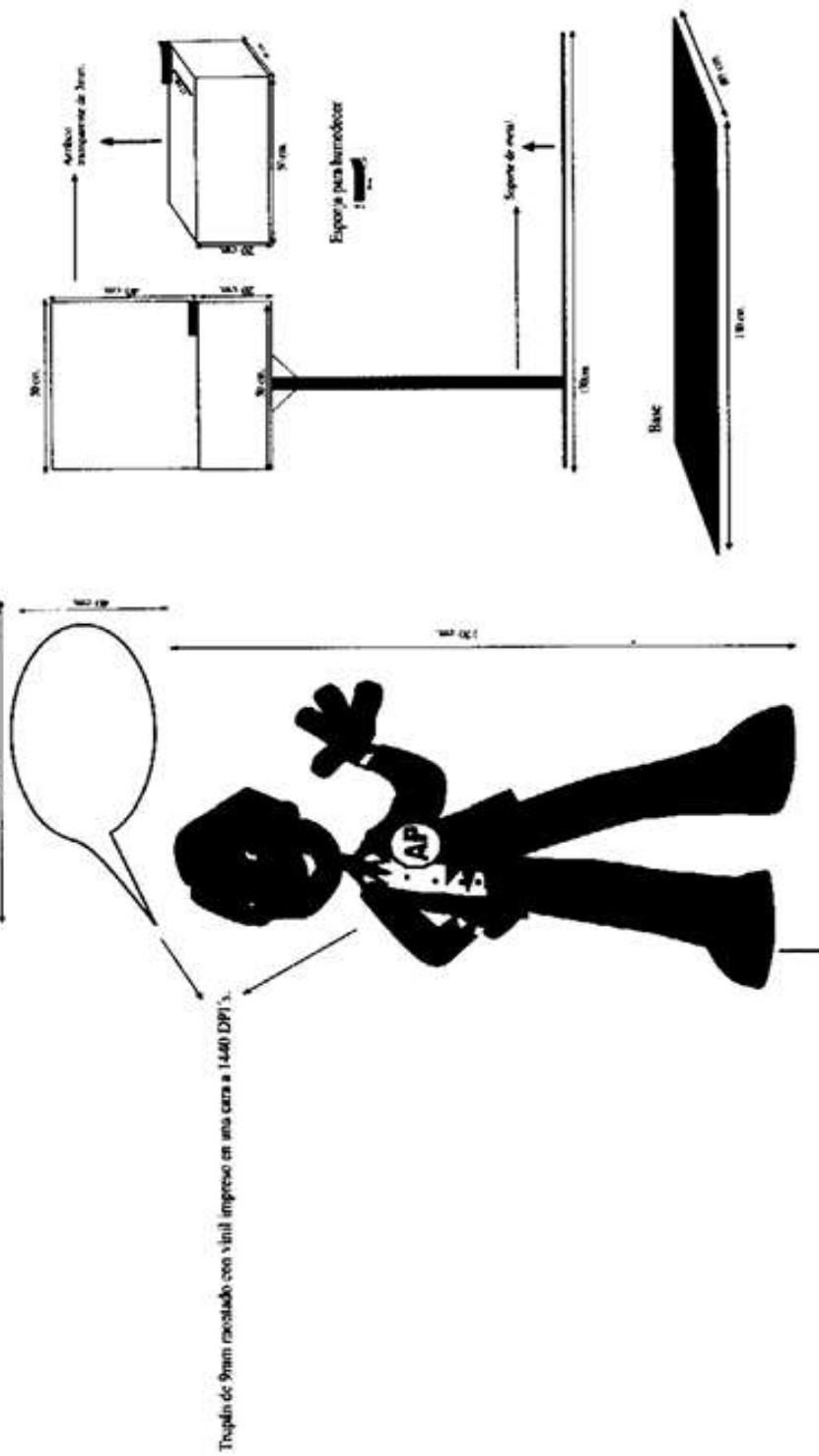


ANEXO I
MODELO DE BUZÓN



ANEXO I

MEDIDAS DEL BUZÓN



ANEXO II

	ORIGINAL N° 00001 Fecha: / /
¿Qué trámite o consulta realizó?	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Pensión Mínima <input type="checkbox"/> Pensión por Muerte <input type="checkbox"/> Pensión Temporal por Invalidez o Muerte <input type="checkbox"/> Pago de CC Mensual <input type="checkbox"/> Retiros Mínimos – Temporales Dev. Total <input type="checkbox"/> Masa Hereditaria <input type="checkbox"/> Plus 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mora <input type="checkbox"/> Afiliaciones <input type="checkbox"/> Traspaso de Aportes <input type="checkbox"/> Aportes efectuados a Cuenta Individual <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios del FCI <input type="checkbox"/> Gastos Funerales <input type="checkbox"/> Renta Dignidad <input type="checkbox"/> Otros
ESCRIBA SU RECLAMO	
Nombre de la persona que lo atendió: _____	
A continuación indique sus datos personales. Éstos serán tratados de forma confidencial para la gestión de su reclamo	
Nombre Completo: _____	
CI o RUN: _____ Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____	
Correo electrónico: _____	
Para mayor información llame a la línea gratuita de la Renta Dignidad 800 10 1620	
Este original debe ser introducido en el buzón de reclamos. Llévese la copia adjunta para su constancia	
Unidad de Atención al Ciudadano – Santa Cruz Calle Prolongación Beni N° 20, Edif. Casanovas Piso 2 OF. 2 (frente al Palacio de Justicia) Teléfono y Fax: (591-3) 339-4997 / 339-4982	Unidad de Atención al Ciudadano – La Paz Calle Gregorio Reynolds N° 612 esq. Luis Uriá de la Oliva, Edif. Ma. Cristina PB, Plaza España, Sopocachi Teléfono y Fax: (591-2) 212-5712

ANEXO II



COPIA
N° 00001
Fecha: / /

¿Qué trámite o consulta realizó?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Mora |
| <input type="checkbox"/> Pensión Mínima | <input type="checkbox"/> Afiliaciones |
| <input type="checkbox"/> Pensión por Muerte | <input type="checkbox"/> Traspaso de Aportes |
| <input type="checkbox"/> Pensión Temporal por Invalidez o Muerte | <input type="checkbox"/> Aportes efectuados a Cuenta Individual |
| <input type="checkbox"/> Pago de CC Mensual | <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios del FCI |
| <input type="checkbox"/> Retiros Mínimos – Temporales Dev. Total | <input type="checkbox"/> Gastos Funerales |
| <input type="checkbox"/> Masa Hereditaria | <input type="checkbox"/> Renta Dignidad |
| <input type="checkbox"/> Plus | <input type="checkbox"/> Otros |

ESCRIBA SU RECLAMO

Nombre de la persona que lo atendió: _____

A continuación indique sus datos personales. Éstos serán tratados de forma confidencial para la gestión de su reclamo

Nombre Completo: _____

CI o RUN: _____ Teléfono Fijo: _____ Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

Para mayor información llame a la línea gratuita de la Renta Dignidad

800 10 1620

Esta copia es para su constancia y seguimiento

Unidad de Atención al Ciudadano – Santa Cruz
Calle Prolongación Beni N° 20, Edif. Casanovas
Piso 2 OF. 2 (frente al Palacio de Justicia)
Teléfono y Fax: (591-3) 339-4997 / 339-4982

Unidad de Atención al Ciudadano – La Paz
Calle Gregorio Reynolds N° 612 esq. Luis Uria de la Oliva,
Edif. Ma. Cristina PB, Plaza España, Sopocachi
Teléfono y Fax: (591-2) 212-5712