

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DPC/Nº 861-2012
La Paz, 12 NOV 2012

**APRUEBA LOS FORMULARIOS PARA LA APLICACIÓN DEL CONVENIO
MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

VISTOS:

Dentro del proceso administrativo de regulación correspondiente al Sistema Integral de Pensiones, el Informe INF/APS/DPC/Nº 251 2012 de 05 de noviembre de 2012, el Informe Legal APS/DJ/343/2012 de 07 de noviembre de 2012 y demás documentación que ver convino y se tuvo presente.

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política del Estado promulgada el 07 de febrero de 2009, en su artículo 45, señala que la dirección, control y administración de la seguridad social, corresponde al Estado; la cual se regirá bajo las leyes y los principios de Universalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad, Interculturalidad y Eficacia.

Que el Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, determina la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de lo establecido en la Constitución Política del Estado.

Que conforme el Decreto Supremo Nº 0071 de 09 de abril de 2009, se crea la ex Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP como una institución que fiscaliza, controla, supervisa y regula la Seguridad Social de largo plazo, considerando la normativa de pensiones, Ley Nº 3791 de 28 de noviembre de 2007 de la Renta Universal de Vejez; y sus reglamentos en tanto no contradigan lo dispuesto en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que de acuerdo al artículo 167 de la Ley Nº 065 de 10 de diciembre de 2010 de Pensiones, se determina que la Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones - AP se denominará en adelante Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS y asumirá las atribuciones, competencias, derechos y obligaciones en materia de seguros de la Autoridad de Supervisión del Sistema Financiero - ASFI.

Que el artículo 168 de la Ley de Pensiones establece las funciones y atribuciones asignadas al Organismo de Fiscalización en materia de pensiones y seguros, entre las que se encuentran, fiscalizar, supervisar, regular, controlar, inspeccionar y sancionar a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad


Lic. Juan O.
Rojas Y.
VºBº


Antonio
Caballero R.
VºBº


Ritha
Sandoval P.
VºBº

Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras entidades bajo su jurisdicción, de acuerdo a la Ley de Pensiones, Ley de Seguros y los reglamentos correspondientes.

CONSIDERANDO:

Que el artículo 196 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010 de Pensiones, aprueba el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social suscrito en fecha 10 de noviembre de 2007.

Que el numeral 4. del artículo 2 del Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social de 11 de septiembre de 2009 establece que, el Organismo de Enlace tendrá por objetivo facilitar la aplicación del Convenio y del Acuerdo, informar las propuestas de formularios de enlace y su modificación a afectos de la aplicación del Convenio y adoptar las medidas necesarias para lograr su máxima agilización y simplificación Administrativas.

Que en Bolivia la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros se constituye en el Organismo de Enlace.

Que en fecha 18 de abril de 2011, el Estado Plurinacional de Bolivia ha suscrito el Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

Que mediante Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 133 de 01 de marzo de 2012 se aprueba el Procedimiento para Certificación de Aportes para el Exterior, destinado a atender las solicitudes de certificación de aportes recibidas en el marco del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

Que el Comité Técnico Administrativo del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social ha aprobado dos (2) Formularios, uno de Enlace y otro de Solicitud, para su implementación y aplicación en el marco del mencionado Convenio.

Que es necesario que los Formularios arriba mencionados sean puestos en vigencia oficialmente en el Sistema Integral de Pensiones, por lo que deben ser aprobados mediante Resolución Administrativa de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros como Organismo de Enlace.

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución Suprema N° 05411 de 30 de marzo de 2011, el Lic. Iván Orlando Rojas Yanguas, ha sido designado como Director Ejecutivo de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

POR TANTO:

EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS, EN USO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LEY,

RESUELVE:

PRIMERO.- I. Aprobar la "Guía para el llenado de los Formularios FE-1 y FS-1", cuyo texto se encuentra adjunto en Anexo 1 y, los Formularios en Anexos detallados a continuación, que forman parte inseparable de la presente Resolución Administrativa:

- Anexo 2: Formulario de Enlace FE-1.
- Anexo 3: Formulario de Solicitud FS-1.
- Anexo 4: Formulario de Declaración de Aportes en Otro(s) Estado(s) Parte (FDAOEP) para Asegurados.
- Anexo 5: Formulario de Declaración de Aportes en Otro(s) Estado(s) Parte (FDAOEP) para Derechohabientes.

II. Los Formularios detallados en el punto anterior, son de uso obligatorio para todos los Asegurados al Sistema Integral de Pensiones que tengan aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social de 10 de noviembre de 2007.

III. Los Formularios FE-1 y FS-1 serán también para el uso de aquellas personas que no siendo Asegurados al Sistema Integral de Pensiones, hubieran efectuado aportes a la Seguridad Social de Largo Plazo de uno o más Estados Parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

SEGUNDO.- Los Estados que a la fecha han suscrito el Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social son:

1. Bolivia
2. Brasil
3. Chile
4. Ecuador
5. España
6. Paraguay
7. Uruguay

TERCERO.- El Formulario FE-1 deberá ser llenado por el Organismo de Enlace, que para el caso de Bolivia, es la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.

CUARTO.- I. El Formulario FDAOEP y cuando corresponda el FS-1, deberán ser llenados por la Institución Competente, que para el caso de Bolivia corresponde a las Administradoras de Fondos de Pensiones.

II. Ambos Formularios, deberán ser suscritos por el Asegurado o Derechohabiente, juntamente con la solicitud de pensión de vejez/solidaria de vejez o Formulario de Recepción de Trámite (FRT) en el Sistema Integral de Pensiones.

III. El FDAOEP deberá ser llenado por todo Asegurado que inicie un trámite de Prestación de Vejez/Prestación Solidaria de Vejez, y por los Derechohabientes de un Asegurado fallecido al momento de suscribir el Formulario de Recepción de Trámite (FRT) y/o de solicitud de pensión.

IV. En los casos en los que se declare que el Asegurado ha efectuado aportes en otro(s) Estado(s) Parte diferente(s) a Bolivia, la AFP deberá proceder a llenar el Formulario FS-1 e informar al Asegurado o Derechohabientes que pueden adjuntar, en fotocopia, documentación que respalde dichos aportes.

V. En el caso de personas no aseguradas al Sistema Integral de Pensiones, pero que tengan aportes efectuados al ex Sistema de Reparto boliviano y/o a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s) Estado(s) Parte del Convenio, se procederá únicamente al llenado del Formulario FS-1.

QUINTO.- I. Para los Asegurados al Sistema Integral de Pensiones, al día onceavo (11º) hábil administrativo de suscrito el formulario de solicitud de pensión o FRT, la AFP deberá remitir a la APS, el Formulario FS-1 adjuntando copia del Estado de Ahorro Previsional (EAP) debidamente revisado con sello seco y firma del responsable de la AFP, y cualquier otra documentación que el Asegurado o Derechohabiente hubiera adjuntado al Formulario FS-1 para respaldar sus aportes.

Una copia de dicho formulario deberá ser archivada en el expediente del caso.

II. Para las personas no aseguradas al Sistema Integral de Pensiones que hubieran suscrito el Formulario FS-1, la AFP deberá remitir dicho formulario con la documentación que el suscribiente hubiera adjuntado a la misma, a la APS en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles administrativos de suscrito el mismo.

SEXTO.- I. Para los Asegurados o Derechohabientes que a la fecha de notificación de la presente Resolución Administrativa ya hubieran iniciado trámite de Prestación de Vejez/Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte, la AFP deberá hacerles suscribir el FDAOEP, al momento de suscribir la Declaración de Pensión que corresponda; y en caso de que éste señale la existencia de aportes en otro(s) Estado(s) Parte, de igual forma deberán suscribir el Formulario FS-1.



II. En el caso de los Asegurados y Derechohabientes que a la fecha de notificación de la presente Resolución Administrativa se encuentran en curso de pago con Prestación de Vejez/Solidaria de Vejez o Pensión por Muerte respectivamente, la AFP deberá proceder a efectuar publicaciones, en al menos dos (2) medios de comunicación escrita de circulación nacional, en las siguientes fechas:

- El primer domingo siguiente a la notificación con la presente Resolución Administrativa siempre que esto ocurra hasta el día martes de la semana, caso contrario el domingo subsiguiente.
- El cuarto domingo siguiente a la notificación con la presente Resolución Administrativa.

III. Las publicaciones deberán solicitar el apersonamiento, a las oficinas de la AFP, para que puedan suscribir los respectivos Formularios FDAOEP y FS-1 arriba señalados, de:

- a) Los Asegurados con Prestación de Vejez/Solidaria de Vejez que hubieran efectuado aportes a la Seguridad Social en otro(s) Estado(s) Parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.
- b) Los Derechohabientes con Pensión por Muerte, de Asegurados fallecidos que hubieran efectuado aportes a la Seguridad Social en otro(s) Estado(s) Parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

SÉPTIMO.- Las disposiciones establecidas en la presente Resolución Administrativa entrarán en vigencia a partir de la notificación con la presente.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Lic. Iván Orlando Rojas Yanguas
DIRECTOR EJECUTIVO
Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros



IRY/ACR/RSP/JMQ/RSG/CS

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LAPAZ a Horas 16:05 del día 13
de NOVIEMBRE de 2012 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA Nº 861-2012- de
fecha 12-NOV-2012 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a FUTURO DE BOLIVIA S.A. AFP
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL

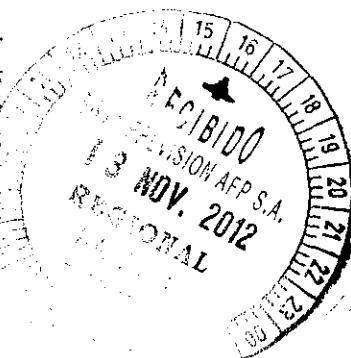
13 NOV 2012

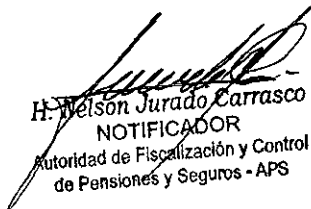
OP

H.105

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL
DE PENSIONES Y SEGUROS - APS

En la Ciudad de LAPAZ a Horas 16:15 del día 13
de NOVIEMBRE de 2012 notifiqué con RESOLUCIÓN
ADMINISTRATIVA Nº 861-2012- de
fecha 12-NOV-2012 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de
Pensiones y Seguros a BBVA PREVISIÓN-AFP-S.A.
a través de su
REPRESENTANTE LEGAL




H. Nelson Jurado Carrasco
NOTIFICADOR
Autoridad de Fiscalización y Control
de Pensiones y Seguros - APS

Anexo 1

GUÍA PARA EL LLENADO DE LOS FORMULARIOS FE-1 Y FS-1

A) FORMULARIO DE ENLACE (FE-1):

Este Formulario deberá ser llenado por el Organismo de Enlace, en el caso de Bolivia, por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros, debiendo tomar en cuenta los siguientes aspectos:

PRIMERO.- En la sección I. del Formulario FE-1 se deben consignar los datos del Organismo de Enlace, así como de la Prestación solicitada.

Los datos del Organismo de Enlace boliviano que deben consignarse en la primera parte de la sección I. son los siguientes:

Nombre del Organismo de Enlace: Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS

Dirección: Calle Reyes Ortiz N° 73 esq. Federico Zuazo, Edificio Torres Gundlach, Torre Este

Localidad: La Paz

País: Bolivia

Teléfono: (591-2) 2331212 **Correo electrónico:** contactenos@aps.gob.bo

SEGUNDO.- En la sección II. del mencionado Formulario se deberán consignar los datos del Organismo de Enlace de el o los Estado Parte a los cuales se solicitará la certificación de aportes del Asegurado.

TERCERO.- I. En la sección III. se deberán consignar los datos del Asegurado. Donde dice Tipo y Número de Documento de Identificación, se deberá registrar, primero el tipo y número documento de identidad de Bolivia, seguido entre paréntesis del tipo y N° de identificación del Asegurado en el país donde éste efectuó aportes, si el Asegurado contará con este dato.

II. En la línea correspondiente a N° de afiliación a la Seguridad Social se registrará primeramente el CUA del Asegurado, seguido entre paréntesis del N° de afiliación del país al que se solicitará la certificación de aportes, si el Asegurado contara con este dato.

CUARTO.- I. La sección IV. deberá consignar el número de aportes efectuados por el Asegurado en el Estado Parte donde tramita la prestación; al Sistema Integral de Pensiones o ex Sistema de Reparto en este caso, detallando el o los tramos de periodos cotizados. Dicha información deberá ser extractada del Estado de Ahorro Previsional (EAP) remitido por las AFP conforme establece la presente Resolución Administrativa y del Certificado de Aportes remitido por el Servicio Nacional del Sistema de Reparto (SENASIR), respectivamente.

II. En las columnas correspondientes a “Periodos de seguro, cotización o empleo”, se deberá consignar los periodos declarados por la Administradora de Fondos de Pensiones en el EAP, asumiendo que todos los periodos declarados corresponden a mes calendario completo.

Las columnas correspondientes a “Régimen de Contribución o Actividad, “Periodo voluntario, obligatorio o asimilado” y “Observaciones” no requieren ser llenadas.

QUINTO.- I. La sección V. deberá consignar el detalle del o los tramos de periodos cotizados, en el o los Estados Parte a los que se solicitará certificación de aportes.

II. Esta sección deberá ser llenada conforme a lo declarado por el Asegurado o Derechohabiente en la sección III. del Formulario FS-1 remitido por la Administradora de Fondos de Pensiones.

SEXTO.- La sección VII. deberá ser llenado únicamente cuando se trate de Pensiones por Muerte.

B) FORMULARIO DE SOLICITUD (FS-1):

Este Formulario deberá ser llenado por la Institución Competente receptora de la solicitud, en el caso de Bolivia, por las Administradoras de Fondos de Pensiones, debiendo tomar en cuenta los siguientes aspectos:

SÉPTIMO.- I. El Formulario FS-1 deberá ser llenado para todos aquellos Asegurados al Sistema Integral de Pensiones que en el Formulario de Declaración de Aportes en Otros Países (FDAOP) hubieran declarado haber efectuado aportes en otro(s) Estado(s) parte del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

II. De igual manera, este Formulario deberá ser utilizado para todas aquellas personas que no siendo Asegurados al Sistema Integral de Pensiones, tengan aportes efectuados al ex Sistema de Reparto boliviano y/o en otro(s) Estado(s) Parte del Convenio, que quieran solicitar una prestación en otro Estado Parte.

OCTAVO.- En la sección I. del Formulario FS-1 a partir de la línea correspondiente a la Institución Competente u Organismo de Enlace, se deberá registrar en nombre completo y dirección de la Administradoras de Fondos de Pensiones.

NOVENO.- En la sección II. se deberán consignar los datos del Asegurado. Donde se pide el Tipo y Número de Documento de Identificación, se deberá registrar primero el tipo y número documento de identidad de Bolivia, seguido entre paréntesis del tipo y N° de identificación del Asegurado en el país donde éste efectuó aportes, si el Asegurado contará con este dato.

En la línea correspondiente a N° de afiliación a la Seguridad Social se registrará primeramente el CUA del Asegurado, seguido entre paréntesis del N° de afiliación en el país al que se solicita la certificación de aportes, si el Asegurado contara con este dato.

DÉCIMO.- I. La sección III. deberá registrar el detalle de las cotizaciones efectuadas por el Asegurado, en el o los Estados Parte, incluidas las cotizaciones al Sistema Integral de Pensiones, conforme a lo **declarado** por el solicitante. Las cotizaciones deberán ser detalladas especificando los tramos para cada empleador. Las columnas correspondientes a "Régimen Contributivo" y "N° de Identificación en el país que se alegan los periodos", no es necesario llenarlos salvo que el solicitante cuente con dicha información.

II. Si el solicitante contará con documentación que respalde los aportes efectuados por éste en el ex Sistema de Reparto y/o en otro(s) Estado(s) Parte del Convenio, se deberá adjuntar la misma en fotocopia.

DÉCIMO PRIMERO.- I. La sección IV. se deberán consignar los datos del solicitante si éste fuera diferente al Asegurado, caso contrario no corresponde su llenado. En esta sección, si corresponde su llenado, al igual que en la sección II. donde se solicita tipo de documento de identificación y N° de afiliación, se deberá registrar el tipo y N° de documento de identidad boliviano y CUA respectivamente seguidos entre paréntesis del tipo y N° de documento de identificación y N° de afiliación del país al cual se solicitará las certificación de aportes.

II. En la parte correspondiente a los datos del Apoderado, en la línea correspondiente al Tipo y N° de documento de identidad, la AFP deberá registrar el tipo y N° de documento de identidad del apoderado seguido entre paréntesis del N° de Poder.

III. El concepto C.P. corresponde a código postal que no es aplicable para direcciones en Bolivia.

IV. La última parte de la sección IV. deberá ser llenada por la Administradora de Fondos de Pensiones una vez que se cuente con el dictamen y verificación de cumplimiento de requisitos.

DÉCIMO SEGUNDO.- I. La sección V. deberá consignar los datos de los Derechohabientes del Asegurado; la dependencia económica de estos deberá registrarse basada en la declaración del Asegurado o solicitante.

II. La columna correspondiente a número de identificación deberá registrar el N° de documento de identificación boliviano seguido entre paréntesis, si tuviera, el N° de documento de identidad de otro Estado Parte.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

DÉCIMO TERCERO.- La sección VI. deberá consignar los datos de la forma de pago que elija el Asegurado o Derechohabiente para que en caso de corresponderle una prestación en un Estado Parte diferente al Estado Parte donde solicita la prestación, se le pueda efectuar el pago de la misma.

DÉCIMO CUARTO.- La sección VII. deberá consignar los datos de la Administradora de Fondos de Pensiones y la sección VIII. consignará los datos de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros.



ANEXO 2
Formulario de Enlace FE-1



FE-1

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

FORMULARIO DE ENLACE / FORMULÁRIO LIGAÇÃO

Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo de Aplicación/ Artigos 19, 20 e 21 di Acordo de Aplicação

El formulario será cumplimentado por la Institución ante la que se presente la solicitud, en la parte que le corresponda, y remitirá dos copias, a través de los organismos de enlace, a la Institución Competente de cualquier Estado Parte en el que haya estado afiliado el trabajador, que devolverán una de las copias, certificando los periodos de cotización, a la Institución a la que corresponde la instrucción del expediente.

O formulário será cumprimentado pela Instituição ante a que se apresente a solicitação, na parte que lhe corresponda, e remeterá duas cópias, através dos organismos de enlace, à Instituição Competente de qualquer Estado Parte no que tenha estado filiado o trabalhador, que devolverão uma das cópias, certificando os períodos de cotação, à Instituição à que corresponde a instrução do expediente.

I Organismo de Enlace o Institución Competente que tramita el procedimiento
Organismo de Ligação ou Instituição Competente que efectua a tramitação do pedido

| |
|---|
| Nombre del Organismo / Nome do Organismo _____ |
| Dirección / Endereco _____ |
| Localidad/Localidade _____ País _____ |
| Teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico / E-mail: _____ |
| Prestación/Beneficio: _____ |
| Fecha de recepción de la solicitud /Data do requerimento ____/____/____ |
| Nº de expediente o referencia _____ |

II Organismos de Enlace o Instituciones Competentes destinatarias
Organismos de Ligação ou Instituições Competentes destinatarias

| Nombre del Organismo /Nome do Organismo | Dirección / Endereco | País | Teléfono / Telefone (Incluir códigos de áreas) | Correo electrónico/ E-mail | Nº de expediente |
|---|----------------------|------|--|----------------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

III Datos relativos al asegurado / Dados relativos ao segurado

| |
|--|
| Apellidos y nombre(s) del asegurado / Sobrenome e nome(s) do segurado: _____ |
| Tipo y número de documento de identificación / identificação: _____ |
| Nº de afiliación a la Seguridad Social / Nº de inscrição: _____ |
| Tipo de prestación solicitada / Tipo de benefício solicitado: _____ |
| Fecha de recepción de la solicitud / Dato do requerimento: ____/____/____ |



✓ Certificación de periodos de seguro, de cotización o de empleo cumplidos bajo la legislación de la Institución Competente del Estado Parte destinatario

Certificação de períodos de seguro, de contribuição ou de emprego efectuados ao abrigo legislação da Instituição Competente do Estado Parte destinatário

| Períodos de seguro, cotización o empleo/ Período de seguro, de contribuição ou de emprego | | | | | | Régimen de contribución o actividad / Regime de contribuição ou actividade | Periodo voluntario, obligatorio, asimilado / voluntária, obrigatória, assimilada | Observaciones / Observações |
|---|---|---|-------------|---|---|--|--|-----------------------------|
| Desde / Inicio | | | Hasta / até | | | | | |
| D | M | A | D | M | A | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

TOTAL: Años / Ano..... Meses / Mês..... Días / Dia.....

¿Se reúnen las condiciones requeridas para tener derecho a prestación, considerando únicamente los periodos de seguro, cotización o empleo cumplidos en ese Estado Parte? / ¿se reúnen as condições requeridas para aquisição do direito à prestação considerando unicamente os períodos de seguro de contribuição ou de emprego cumpridos nesse Estado Parte? _____

Prestación reconocida/ Prestação determinada _____

Cuantía / Montante _____

Lugar y Fecha / Local e Data: _____

Sello / Carimbo

Firma / Assinatura

Organismo de Enlace o Institución Competente del Estado Parte destinatario/
Organismo de Ligação ou Instituição Competentedo Estado Parte destinatario

Denominación/ Denominação: _____

Dirección / Endereço: _____

Localidad / Localidade _____ País _____

Teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico / E-mail: _____

V/ Pensiones de invalidez / Pensões de invalidez

En el supuesto de pensiones de invalidez, junto con el formulario de enlace se acompañará un formulario específico en el que conste la información sobre el estado de salud del trabajador, las causas de la incapacidad y la posibilidad razonable, en caso de existir, de recuperación de la capacidad de trabajo (Art. 20 Acuerdo de aplicación convenio multilateral iberoamericano de Seguridad Social).

No caso de pensões de invalidez, deve anexar-se ao formulário de ligação um formulário específico no qual conste a informação sobre o estado de saúde do trabalhador, as causas da incapacidade e, se for caso disso, a possibilidade razoável de recuperação da capacidade de trabalho (Art. 20 Acordo de aplicação convênio multilateral Ibero-americano de Segurança Social).

VII Pensiones derivadas del fallecimiento de un titular de prestaciones por vejez o invalidez concedidas por dos o más Estados Parte del Convenio

Pensões devidas por falecimento de um titular de prestações por velhice ou invalidez concedidas por dois ou mais Estados Parte da Convenção

| | |
|---|--------------------------|
| Datos del titular fallecido / Dados do titular falecido: _____ | |
| Prestación / Prestação reconocida: _____ | Cuantía / Montante _____ |
| Pensión reconocida a sus derechohabientes o beneficiarios/ Pensão devida aos respectivos titulares do direito ou beneficiários: | |
| Relación con el trabajador / relação com o trabalhador | Cuantía / Montante |
| | |
| | |
| | |
| ¿Se han producido modificaciones en el informe de cotización? / ¿Produziram-se modificações no relatório de cotação? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Es válido el informe que sirvió para su tramitación? / ¿É válido o relatório que serviu para sua tramitação? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Lugar y Fecha / Local e Data: _____ | |
| Sello / Carimbo | Firma / Assinatura |

Organismo de Enlace o Institución Competente del País que tramita el procedimiento / Organismo de Ligação ou Instituição Competente do País que efectua a tramitação:

Denominación/ Denominação: _____

Dirección / Endereço: _____

Localidad / Localidade _____ País _____

Teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico / E-mail: _____

Datos del titular fallecido / Dados do titular falecido: _____

Prestación / Prestação reconhecida: _____ Cuantía / Montante _____

Pensión reconocida a sus derechohabientes o beneficiarios/ Penção devida aos respectivos titulares do direito ou beneficiários:

| Relación con el trabajador / relação com o trabalhador | Cuantía / Montante |
|--|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

¿Se han producido modificaciones en el Informe de cotización? /
 ¿Produziram-se modificações no relatório de cotação? ☐ SI ☐ NO

¿Es válido el informe que sirvió para su tramitación? /
 ¿É válido o relatório que serviu para sua tramitação? ☐ SI ☐ NO

Lugar y Fecha / Local e Data: _____

Sello / Carimbo Firma / Assinatura



Organismo de Enlace o Institución Competente del País que tramita el procedimiento / Organismo de
Ligação ou Instituição Competente do País que efectua a tramitação:

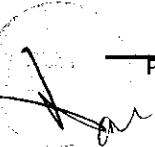
Denominación/ Denominação: _____

Dirección / Endereço: _____

Localidad / Localidade _____ País _____

Teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico / E-mail: _____

ANEXO 3
Formulario de Solicitud FS-1



FS-1

CONVENIO MULTILATERAL IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONVENÇÃO MULTILATERAL IBERO-AMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL

FORMULARIO DE SOLICITUD
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

☐ VEJEZ/VELHICE ☐ INVALIDEZ ☐ SUPERVIVENCIA/SOBREVIVÊNCIA

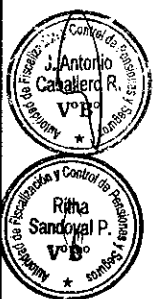
Artículo 21.3 del Convenio y 16 del Acuerdo de Aplicación / Artigo 21.3 do Convênio e 16 do Acordo de Aplicação

I Datos de la prestación / Dados do benefício

| |
|--|
| Prestación/ Prestações (1) _____ |
| Fecha de solicitud / Data da solicitação ____ / ____ / ____ |
| ¿Aplaza la solicitud en otro(s) Estado(s) Parte? Si es así, indique en cuál o cuáles / ¿Adia a solicitação em outro(s) Estado(s) Parte? Se é assim, Indique em qual ou quais : _____ |
| N° de expediente o referencia / N° de expediente ou referência _____ |
| Institución Competente u Organismo de Enlace ante la que se presenta / Instituição Competente ou Organismo de Ligação ante a que se apresenta _____ |
| Dirección/Endereço: _____ |
| Localidad/Localidade _____ País _____ |

II Datos identificativos del trabajador / Dados de identificação do trabalhador (2)

| | | |
|---|---|--|
| Apellidos / Sobrenomes | Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira | Nombre(s) / Nome(s) |
| Apellidos y nombre(s) del padre / Sobrenomes e nome (s) do pai | | Apellidos y nombre(s) de la madre / Sobrenomes e nome(s) da mãe |
| Fecha de nacimiento / Data do nascimento | Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lugar de nacimiento/ Local do nascimento |
| Estado/Provincia/Departamento/Región | | País |
| Tipo y número de documento de identificación / Identificação | N° de afiliación / Inscrição N° de Seguridad Social / Segurança Social | Estado Civil: |





Períodos de seguro de contribuição ou de emprego indicados pelo solicitante

FS-1

IV Datos relativos al solicitante y al asegurado en caso de supervivencia – Pensión derecho habiente
 (Completar exclusivamente en caso de pensiones por supervivencia)

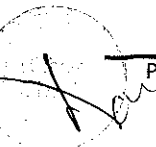
Dados relativos ao solicitante y asegurado em caso de pensão por morte
 (Completar exclusivamente em caso de pensões por sobrevivência)

| | | | |
|---|---------------|---|---|
| DATOS DEL SOLICITANTE/ DADOS DO SOLICITANTE (5): | | | |
| Apellidos / Sobrenomes | | Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira | |
| | | Nombre(s) / Nome(s) | |
| Nombre del padre / Nome do pai | | Nombre de la madre / Nome da mãe | |
| Fecha de nacimiento / Data do nascimento | | Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Lugar de nacimiento/ Local do nascimento |
| Estado/Provincia/Departamento / Región | País | | Tipo y número de documento de identificación / Identificação |
| Nº de afiliación / Inscrição Nº de Seguridad Social / Segurança Social | Estado Civil: | Fecha de matrimonio o unión / Data de casal ou união | |
| Parentesco con el asegurado / Parentesco como asegurado: | | | |
| Dirección/Endereço: | | | |
| Calle/Rua _____ nº _____ | | Piso/Depto: _____ | |
| Localidad/Localidade: _____ | | C.P. : _____ | |
| Provincia/Estado/ Departamento/Región _____ | | | |
| País _____ | | | |
| Nº de teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____ | | | |
| DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL / DADOS DO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL : | | | |
| Apellidos y nombre / Sobrenome e nome : _____ | | | |
| Tipo y número de documento de identificación / identificação: _____ | | | |
| Dirección/Endereço: | | | |
| Calle/Rua _____ nº _____ | | Piso/Depto: _____ | |
| Localidad/Localidade: _____ | | C.P. : _____ | |
| Provincia/Estado/ Departamento / Región _____ | | | |
| País _____ | | | |
| Nº de teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____ | | | |


 J. Antonio Caballero R.
 Vº Bº


 Rita Sandoval P.
 Vº Bº





FS-1

DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO/ DADOS DO SEGURADO FALECIDO(4):

Fecha de fallecimiento / Data do óbito ____ / ____ / ____

Lugar de fallecimiento / Lugar do óbito (Localidad y País) _____

Causa del fallecimiento / Causa do óbito :

- ☐ Enfermedad común/Doença comum ☐ Accidente de trabajo/Acidente de trabalho
☐ Enfermedad profesional/Doença profissional ☐ Accidente no laboral/Acidente de qualquer natureza
☐ Otras causas (Especifique cuáles)/ Outras causas (Especifique quais) _____

¿Era titular de prestación al momento de fallecer?/

¿Era titular de um benefício ao momento de falecer? ☐ SI ☐ NO

Tipo de prestación o beneficio / Tipo de benefício: _____

Fecha ____ / ____ / ____ Entidad otorgante / Entidade concessora: _____

País _____

¿Estaba en activo en el momento del fallecimiento? /

¿Estava em ativo no momento do falecimento? ☐ SI ☐ NO

Datos relativos a los familiares del asegurado / Dados relativos aos familiares do segurado (6)

| Apellidos/Sobrenomes | Nombre /Nome | Fecha de nacimiento /Data de nacimiento DD/MM/AA | Parentesco | Depende económica mente | Sexo | Número de identificación/ identificação |
|----------------------|--------------|--|------------|-------------------------|------|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Firma del solicitante / Assinatura do solicitante

VI Forma de pago / Forma de pagamento

| |
|---|
| País _____ |
| Forma de pago deseada / Forma de pagamento desejada: |
| <input type="checkbox"/> Cheque nominal |
| <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria / Transferencia bancária: |
| BIC _____ |
| IBAN _____ |
| CCC _____ |
| Nombre de la entidad bancaria / Nome da entidade bancária _____ |
| Dirección/Endereço: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros / Outros |

VII Institución competente receptora de la solicitud / Instituição competente receptora da solicitação (7)

Los datos de identificación del asegurado y sus beneficiarios constan en documentos tenidos a la vista /
Os dados de identificação do assegurado e seus beneficiarios constam em documentos tidos à vista

| | |
|---|---|
| Nombre de la Institución Competente u Organismo de enlace / Nome da Instituição Competente ou Organismo de Ligação: _____ | |
| Dirección/Endereço: _____ | |
| Sello y Firma del funcionario/ Selo e assinatura do funcionario | Lugar y fecha de recepción de la solicitud/ Local e data de recepção do pedido |



VIII Organismo de Enlace / Organismo de Ligação (7)

| | |
|--|-------------------------------|
| Nombre del Organismo de Enlace / Nome da Organismo de Ligação: _____ | |
| Dirección / Endereço: _____ | |
| | |
| Sello y Firma Selo e assinatura | Lugar y fecha Local e data |

Instrucciones / Instruções:

- (1) *Anotar la prestación que corresponda: Vejez, Invalidez o Supervivencia./*
Anotar a prestação que corresponda: Velhice, Invalidez ou Sobrevivência.
- (2) *Corresponden a los datos del asegurado y deberán cumplimentarse en todas las solicitudes./*
Correspondem aos dados do asegurado e deverão cumprimentarse em todas as solicitações.
- (3) *Acompañar todos los datos y documentos que se tengan del interesado./*
Acompanhe todos os dados e documentos de interesse têm.
- (4) *En las solicitudes de supervivencia, los derechohabientes del asegurado fallecido./*
Nas solicitações de sobrevivência, os derechohabientes do asegurado falecido.
- (5) *Datos del asegurado fallecido / Dados do asegurado falecido.*
- (6) *Hijos, padres u otros derechohabientes del asegurado que tengan derecho./*
Filhos, pais ou outros derechohabientes do asegurado que tenham direito.
- (7) *A rellenar por la Institución receptora / A recheiar pela Instituição receptora.*



ANEXO 4

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE APORTES
EN OTRO(S) ESTADO(S) PARTE (FDAOEP)
PARA ASEGURADOS**

Yo, _____ *nombres y apellidos del Asegurado* _____ con CUA _____
y documento de identidad N° _____, declaro que:

- 1) No tengo aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s)
país(es) diferente(s) a Bolivia: ☐
- 2) Tengo aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s)
país(es) diferente(s) a Bolivia: ☐

Si el Asegurado hubiera efectuado aportes en otro(s) país(es), la AFP deberá
proceder al llenado del Formulario FS-1.

Lugar y Fecha: _____



Nombre y Firma del Asegurado

Nombre y Firma
Responsable AFP/Gestora

ANEXO 5

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE APORTES EN OTRO(S) ESTADO(S)
PARTE (FDAOEP) PARA DERECHOHABIENTES**

Yo, _____ *nombres y apellidos del Derechohabiente* _____, Derechohabiente
del Asegurado _____ *nombres y apellidos del Asegurado* _____ con CUA _____
y documento de identidad N° _____, declaro que el Asegurado:

- 1) No tiene aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s)
país(es) diferente(s) a Bolivia: ☐

- 2) Tiene aportes efectuados a la Seguridad Social de Largo Plazo de otro(s)
país(es) diferente(s) a Bolivia: ☐

Si el Asegurado hubiera efectuado aportes en otro(s) país(es), la AFP deberá
proceder al llenado del Formulario FS-1.

Lugar y Fecha: _____



Nombre y Firma
Derechohabiente

Nombre y Firma
Responsable AFP/Gestora