

**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DJ/DP/UNE/N°**

**655 / 2024**

La Paz, **31 MAY 2024**

**MODIFICA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA APS/DPC/DJ/N° 156-2014 DE 27 DE FEBRERO DE 2014**

**VISTOS:**

El Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social – CMISS y su respectivo Acuerdo de Aplicación, la Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N°156-2014 de 27 de febrero de 2014, el Informe Técnico APS-DP-USPB-INF-537-2023 de 27 de diciembre de 2023, el Informe APS-UNE-INF-72-2024 de 29 de mayo de 2024, el Informe Legal APS-DJ-UJP-INF-195-2024 de 31 de mayo de 2024, la documentación cursante y todo lo que ver convino y se tuvo presente.

**CONSIDERANDO:**

Que, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia 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 N° 4857 de 06 de enero de 2023, 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 N° 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, la Ley N° 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 con el Artículo 167 de la Ley N° 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 inciso b) del Artículo 168 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, establece las funciones y atribuciones asignadas al Organismo de Fiscalización en materia de Pensiones y Seguros, entre las que se encuentra controlar y fiscalizar a la Gestora Pública de la Seguridad Social de Largo Plazo, Entidad Pública de Seguros, Entidades Aseguradoras u otras entidades bajo su jurisdicción, de acuerdo con la Ley de Pensiones, Ley de Seguros y los reglamentos correspondientes.

Que, el Artículo 169 parágrafo I de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, establece que el Organismo de Fiscalización estará representado por una Directora o Director Ejecutivo, quien se constituirá en la Máxima Autoridad Ejecutiva de la Entidad y ejercerá la representación institucional.

Página 1 de 4

"2023 AÑO DE LA JUVENTUD HACIA EL BICENTENARIO"

**CONSIDERANDO:**

Que, en fecha 10 de noviembre de 2007, en Santiago de Chile, Bolivia suscribió el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social - CMISS y su respectivo Acuerdo de Aplicación, instrumento creado para coordinar acciones encaminadas a la obtención de Prestaciones de la Seguridad Social de Largo Plazo para trabajadores migrantes, reconociendo sus derechos adquiridos dentro de los Estados que forman parte de dicho Convenio.

Que, el artículo 196 de la Ley N° 065 de 10 de diciembre de 2010, de Pensiones, de conformidad con la atribución conferida por el Artículo 158, numeral 14), de la Constitución Política del Estado, aprueba y ratifica el "Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social".

Que, con Resolución Administrativa APS/DJ/DPC/N° 133-2012 de 01 de marzo de 2012, se aprobó 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 - CMISS.

Que, mediante Resolución Administrativa APS/DPC/ N° 861-2012 de 12 de noviembre de 2012, se aprueba los Formularios para la aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.

Que, con Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 156-2014 de 27 de febrero de 2014, se aprueba la Guía para el llenado de los Formularios del CMISS y el procedimiento para el otorgamiento de Prestaciones y Pensiones cuando el Asegurado tiene Aportes efectuados en otro(s) Estado(s) Parte del CMISS y se modifica la Resolución Administrativa APS/DPC/N° 861-2012 de 12 de noviembre de 2012.

**CONSIDERANDO:**

Que, en la XIV reunión del Comité Técnico Administrativo del CMISS, que se llevó a cabo en Uruguay el 30 y 31 de octubre de 2023, se acordó la modificación de los Formularios de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, uniéndolos en un solo documento denominado "IBERO INTEGRADO" acompañado del "IBERO FIRMA" correspondiente a la aceptación de la información consignada y consentimiento para el intercambio de información entre Estados Parte.

Que, en dicha reunión, los países expusieron sus observaciones al Formulario "IBERO INTEGRADO" y su respectivo Anexo "IBERO FIRMA", efectuándose modificaciones de forma, quedando España a cargo de la elaboración de los documentos finales para su remisión a los Estados Parte hasta el 31 de diciembre de 2023 a través de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social - OISS.

Que, mediante correo electrónico de 11 de diciembre de 2023, la OISS, remitió a la APS el Formulario "IBERO INTEGRADO" y su respectivo Anexo "IBERO FIRMA" con las modificaciones solicitadas por los Estados Parte.

Que, el Título IV del Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, sobre las Decisiones del Comité Técnico Administrativo del CMISS, señala:

**"Disposiciones sobre el Comité Técnico Administrativo**

(...)

Página 2 de 4

"2023 AÑO DE LA JUVENTUD HACIA EL BICENTENARIO"

**Artículo 31. Adopción de las decisiones sobre el Convenio o el Acuerdo.**

1. Las decisiones del Comité Técnico Administrativo precisarán, para su adopción, la unanimidad de los miembros del Comité.
2. No obstante lo anterior, las decisiones del Comité podrán ser adoptadas por la mayoría absoluta de sus miembros, si bien, en tales supuestos, los Estados Parte cuyos representantes en el Comité no aprueben la decisión, podrán efectuar reserva sobre la no aplicación de aquella en su territorio."

Que, en la Comisión de Gestión de la XIV reunión del Comité Técnico Administrativo del CMISS, respecto a la aplicación del Formulario "IBERO INTEGRADO" y su Anexo "IBERO FIRMA", los Estados Parte acordaron lo siguiente:

*"Esta comisión concluye dar estabilidad al formulario IBERO INTEGRADO por los Estados Parte y se comprometen a utilizarlo conforme a la Decisión 24 del Catálogo a partir de la distribución por parte de la Secretaría General de la OISS del formulario que incorpora lo acordado en esta comisión".*

Que, conforme a lo anterior el Comité Técnico Administrativo del CMISS, en ejercicio de sus facultades, aprobó la unificación de los Formulario de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, que pasaría a denominarse "IBERO - INTEGRADO", que, una vez sea remitido por la OISS a los Estados Parte, será utilizado por los Estados Parte e incluido en la nueva versión del Sistema SIBERO.

Que, en este contexto, corresponde al Estado Plurinacional de Bolivia como Estado Parte, que suscribió el CMISS y su respectivo Acuerdo de Aplicación, adoptar la Decisión 24 (aprobar la unificación de los formularios IBERO 1 e IBERO 2, que pasaría a denominarse IBERO Integrado) el Catálogo de Decisiones del Comité Técnico Administrativo del CMISS y por consiguiente, proceder a la actualización de la normativa regulatoria que apruebe el uso de los Formularios "IBERO INTEGRADO" y su Anexo "IBERO FIRMA", dejando sin efecto el Formulario de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, para su aplicación en el Sistema Integral de Pensiones - SIP.

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución Suprema N° 27605 de 20 de septiembre de 2021, la Lic. María Esther Cruz López, fue designada como Directora Ejecutiva de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros - APS.

**POR TANTO:**

**LA DIRECTORA EJECUTIVA DE LA AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS - APS, EN USO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR NORMA,**

**RESUELVE:**

**PRIMERO.-** Dejar sin efecto el Anexo 5: "Formulario de Solicitud Ibero - 1" y Anexo 6: "Formulario de Enlace Ibero - 2", aprobados por el resuelve primero de la Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 156-2014, de 27 de febrero de 2014, mismos formularios que a partir de la fecha de vigencia de la presente Resolución Administrativa quedan sustituidos por los Formularios "IBERO - INTEGRADO" e "IBERO FIRMA".

**SEGUNDO.-** Aprobar los Formularios "IBERO – INTEGRADO" e "IBERO - FIRMA", contenidos en el Anexo que forma parte indivisible de la presente Resolución Administrativa.

**TERCERO.-** Los trámites iniciados con los Formularios de Solicitud Ibero - 1 y Formulario de Enlace Ibero - 2, aprobados mediante Resolución Administrativa APS/DPC/DJ/N° 156-2014, de 27 de febrero de 2014, seguirán su curso hasta su conclusión.

**CUARTO.-** Las disposiciones de carácter operativo para la aplicación de la presente Resolución Administrativa, serán emitidas mediante Circular.

**QUINTO.-** Se dejan sin efecto las disposiciones contrarias a la presente Resolución.

**Regístrese, notifíquese y archívese.**

  
**María Esther Cruz López**  
DIRECTORA EJECUTIVA  
Autoridad de Fiscalización y Control  
de Pensiones y Seguros - APS

MECL/AMVM/JAVA/VEBP/JAAN/GPYR/NDCM/TGV

Página 4 de 4

"2023 AÑO DE LA JUVENTUD HACIA EL BICENTENARIO"

**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL  
DE PENSIONES Y SEGUROS - APS**

En la ciudad de La Paz a horas 17:47 del día 07  
de junio de 2024 notifique con Resolución  
Administrativa N° 654 de  
fecha 31/05/24 emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control  
de Pensiones y Seguros a Secretaría Pública  
Local a través de su  
Representante Legal

**GESTORA PÚBLICA DE LA SEGURIDAD  
SOCIAL DE LA BOLIVIA**  
VENTANILLA DE TRÁMITE NO SUSTANTIVOS  
AGENCIA COPIAC 1111

**07 JUN 2024**

**RECIBIDO**

N° REGISTRO HOJA DE RUTA: 40734

CANTIDAD DE FOJAS:

HORA: 17:47 FIRMA:

  
Gabriela Denise Pico Pintaya  
NOTIFICADO  
DIRECCIÓN JURÍDICA  
Autoridad de Fiscalización y  
Control de Pensiones y Seguros - APS

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

**FORMULARIO DE ENLACE / FORMULÁRIO DE LIGAÇÃO**

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

**1. 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 / Endereço	
Localidad / Localidade	País / País
Número de expediente o referencia / Nenhum registro ou referência	

**2. ORGANISMOS DE ENLACE O INSTITUCIONES COMPETENTES DESTINATARIAS**  
**ORGANISMOS DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÕES COMPETENTES DESTINATARIAS**

País / País	Nombre del Organismo / Nome do Organismo	Dirección / Endereço

**SOLICITUD PRESENTADA POR EL INTERESADO**  
**SOLICITAÇÃO APRESENTADO PELO INTERESSADO**

- ☐ Jubilación/Velhice    ☐ Incapacidad/Invalidez    ☐ Supervivencia/Pensão por morte  
☐ Certificación de periodos de seguro/Certificação dos periodos de seguro

Fecha de la solicitud/Data do requerimento ..... / ..... / .....

**4. DATOS DEL TRABAJADOR ASEGURADO/DADOS DO TRABALHADOR SEGURADO**

4.1 Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)	
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)	
Nombre (s)/Nome(s)	
4.2 Fecha de nacimiento/Data de nascimento	..... / ..... / .....
4.3 N° Documento de identificación en la institución competente/ N° Documento de identificação na instituição competente	
4.4 N° de Seguridad Social en la institución competente/ N° Segurança Social na instituição competente(3)	
4.5 N° Documento de identificación en la institución destinataria/ N° Documento de identificação na Instituições destinataria(4)	
N° de Seguridad Social en la institución destinataria/ N° Segurança Social na instituição destinataria(3)	

**DATOS DEL SOLICITANTE (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EN CASO DE PENSIONES DE SUPERVIVENCIA)**  
**DADOS DO SOLICITANTE (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EM CASO DE PENSÕES POR MORTE)**

Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)	
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)	
Nombre (s)/Nome(s)	
5.2 Fecha de nacimiento/Data de nascimento	..... / ..... / .....
5.3 N° Documento de identificación en la institución competente/ N° Documento de identificação na instituição competente	
5.4 N° Documento de identificación en la institución destinataria/ N° Documento de identificação na Instituições destinataria(4)	

## 6. DATOS DEL ASEGURADO / DADOS DO SEGURADO

6.1 Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)	
Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)	
Nombre (s)/Nome(s)	
6.2 Nombre(s) del padre/Nome (s) do pai	
6.3 Nombre(s) de la madre /Nome(s) da mãe	
6.4 Fecha de nacimiento/Data de nascimento	..... / ..... / .....
6.5 Sexo/Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino/Masculino <input type="checkbox"/> Femenino/Feminino
6.6 Lugar de nacimiento/Local de nascimento	
6.7 País de nacimiento/País de nascimento	
6.8 Nacionalidad /Nacionalidade	
6.9 Profesión o actividad/Profissão ou atividade	
6.10 Fecha en que ha dejado o dejará de trabajar y/o cotizar Data em que você deixou ou parou de trabalhar e/ou citação (5)	..... / ..... / ..... <input type="checkbox"/> El asegurado sigue trabajando y/o cotizando O interessado continua trabalhando e/ou citação
6.11 Estado civil/Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/Casado <input type="checkbox"/> Viudo/Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Separado <input type="checkbox"/> Unión de hecho/União estável <input type="checkbox"/> Concubinato/Concubinato
6.12 Fecha de fallecimiento/Data da morte	..... / ..... / .....
6.13 País de fallecimiento/País da morte	
6.14 Causa del fallecimiento/Causa da morte	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo/ Acidente no trabalho <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional/ Doença ocupacional <input type="checkbox"/> Accidente no laboral/ Acidente não profissional <input type="checkbox"/> Enfermedad común/ Doença comum
6.15 Dirección/Endereço	
Calle/Rua .....	Nº ..... Piso/Depto .....
Localidad /Localidade .....	C.P./CEP .....
Provincia/Estado/ Departamento /Región .....	
País/País .....	
Nº de teléfono/Telefone .....	Correo electrónico/E-mail .....

6.16 ¿Cobra otras prestaciones de otros regímenes de la seguridad social?/ Você recebe outros benefícios de outros esquemas de previdência social? No/Não <input type="checkbox"/> Sí/Se <input type="checkbox"/>			
Tipo de prestación/ Tipo de benefício	La cobra/ A carga	Organismo que la abona/Organismo pagador Especifique país/ especificar o país(6)	Cuantía mensual/ Montante mensal
Esperanza de vida/Velhice	<input type="checkbox"/>		
Incapacidad permanente/Incapacidade permanente	<input type="checkbox"/>		
Viudedad/Viuvez	<input type="checkbox"/>		
Orfandad/Orfandade	<input type="checkbox"/>		
Desempleo/Desemprego	<input type="checkbox"/>		
Otra/Otros	<input type="checkbox"/>		



**9. DATOS DEL SOLICITANTE / (COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EN CASO DE PENSIONES POR SUPERVIVENCIA)**  
**DADOS DO SOLICITANTE / COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE EM CASO DE PENSÕES POR MORTE)**

9.1 Apellido (s)/Sobrenome (s) (1)

Apellidos de soltera/Sobrenome de solteira(2)

Nombre (s)/Nome(s)

9.2 Nombre(s) del padre/Nome (s) do pai

9.3 Nombre(s) de la madre /Nome(s) da mãe

9.4 Fecha de nacimiento/Data de nascimento

..... / ..... / .....

9.5 Sexo/Sexo

☐ Masculino/Masculino

☐ Femenino/Feminino

9.6 Lugar de nacimiento/Local de nascimento

9.7 País de nacimiento/País de nascimento

Nacionalidad /Nacionalidade

Estado civil/Estado civil

☐ Soltero/Solteiro

☐ Viudo/Viúvo

☐ Separado/Separado

☐ Concubinato/Concubinato

☐ Casado/Casado

☐ Divorciado/Divorciado

☐ Unión de hecho/União estável

9.10 Parentesco con el asegurado/  
Parentesco como asegurado

9.11 Fecha de matrimonio/Data do casamento

..... / ..... / .....

9.12 Fecha del divorcio o de separación/  
Data de divórcio ou separação

..... / ..... / .....

9.13 Fecha de nuevas nupcias/  
Data do novo casamento

..... / ..... / .....

9.14 Fecha de inscripción como pareja de hecho/  
Data de inscrição como parceiro(8)

..... / ..... / .....

9.15 Ingresos anuales percibidos por el solicitante en los ultimos 12 meses/  
Rendimiento anual recebido pelo candidato nos ultimos 12 meses

9.16 Dirección/Endereço

Calle/Rua ..... N° ..... Piso/Depto .....

Localidad /Localidade ..... C.P./CEP .....

Provincia/Estado/ Departamento /Región .....

País/País .....

N° de teléfono/Telefone ..... Correo electrónico/E-mail .....

9.17 Otras informaciones/Outras Informações (9)

## 10. DATOS RELATIVOS A LOS FAMILIARES DEL ASEGURADO/DADOS RELATIVOS AOS MEMBROS DA FAMÍLIA DO ASEGURADO

1º) Apellido (s)/Sobrenome (s) .....

Nombre(s)/Nome(s) .....

Sexo/Sexo Hombre/homem ☐ Mujer/Mulher ☐

Vinculo de parentesco/ o Relação de família .....

Fecha de nacimiento/Data de nascimento ...../...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? ☐ Si/Se ☐ No/Não¿Trabaja?/Trabalha? ☐ Si/Se ☐ No/Não Ingresos anuales/Renda anual .....¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? ☐ Si/Se ☐ No/Não¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? ☐ Si/Se ☐ No/Não

Dirección/Endereço(10) .....

Apellido (s)/Sobrenome (s) .....

Nombre(s)/Nome(s) .....

Sexo/Sexo Hombre/homem ☐ Mujer/Mulher ☐

Vinculo de parentesco/ o Relação de família .....

Fecha de nacimiento/Data de nascimento ...../...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? ☐ Si/Se ☐ No/Não¿Trabaja?/Trabalha? ☐ Si/Se ☐ No/Não Ingresos anuales/Renda anual .....¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? ☐ Si/Se ☐ No/Não¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? ☐ Si/Se ☐ No/Não

Dirección/Endereço(10) .....

3º) Apellido (s)/Sobrenome (s) .....

Nombre(s)/Nome(s) .....

Sexo/Sexo Hombre/homem ☐ Mujer/Mulher ☐

Vinculo de parentesco/ o Relação de família .....

Fecha de nacimiento/Data de nascimento ...../...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? ☐ Si/Se ☐ No/Não¿Trabaja?/Trabalha? ☐ Si/Se ☐ No/Não Ingresos anuales/Renda anual .....¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? ☐ Si/Se ☐ No/Não¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? ☐ Si/Se ☐ No/Não

Dirección/Endereço(10) .....

## 10. DATOS RELATIVOS A LOS FAMILIARES DEL ASEGURADO/DADOS RELATIVOS AOS MEMBROS DA FAMÍLIA DO ASEGURADO

4º) Apellido (s)/Sobrenome (s) .....

Nombre(s)/Nome(s) .....

Sexo/Sexo      Hombre/homem ☐      Mujer/Mulher ☐

Vínculo de parentesco/ o Relação de família .....

Fecha de nacimiento/Data de nascimento ...../...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? ☐ Si/Se ☐ No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? ☐ Si/Se ☐ No/Não      Ingresos anuales/Renda anual .....

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? ☐ Si/Se ☐ No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? ☐ Si/Se ☐ No/Não

Dirección/Endereço(10) .....

5º) Apellido (s)/Sobrenome (s) .....

Nombre(s)/Nome(s) .....

Sexo/Sexo      Hombre/homem ☐      Mujer/Mulher ☐

Vínculo de parentesco/ o Relação de família .....

Fecha de nacimiento/Data de nascimento ...../...../.....

¿Está incapacitado para el trabajo?/Esta incapacitado para o trabalho? ☐ Si/Se ☐ No/Não

¿Trabaja?/Trabalha? ☐ Si/Se ☐ No/Não      Ingresos anuales/Renda anual .....

¿Convive con el solicitante?/Viver com o solicitante? ☐ Si/Se ☐ No/Não

¿Solicita pensión?/solicita uma pensão? ☐ Si/Se ☐ No/Não

Dirección/Endereço(10) .....

# 11. DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL/ DADOS DO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (11)

11.1 Apellido (s)/Sobrenome (s)

Nombre (s)/Nome(s)

11.2 Dirección/Endereço

Calle/Rua ..... N° ..... Piso/Depto .....

Localidad /Localidade ..... C.P./CEP .....

Provincia/Estado/ Departamento /Región .....

País/País .....

N° de teléfono/Telefone ..... Correo electrónico/E-mail .....

## 12. FORMA DE PAGO DE LA PENSIÓN/FORMA DE PAGAMENTO DA BENEFICIO

País/País .....

Titular de la cuenta/Titular da conta .....

Forma de pago deseada/Forma de pagamento desejada(12) ☐ Cheque nominal ☐ Transferencia bancaria/  
cheque nominal transferencia bancária

BIC/SWIFF: ..... IBAN: .....

### CCC/ CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO/POUPANÇA

 N° de la entidad/N° de entidade

 N° de la agencia/N° da agencia

 Control/Digito verificador

 N° de cuenta/N° conta

Nombre de la entidad bancaria/Nome da entidade bancária .....

Dirección/Endereço .....

## 13. PLAZAMIENTO DEL DERECHO A PENSIÓN DE VEJEZ O JUBILACIÓN (Artículo 16.5 del Acuerdo de Aplicación) ESPONDA DA PENSÃO DE DIREITO À APOSENTADOIRA (Artigo 16.5 do Acordo de Aplicação)

13.1 ¿Aplaza la solicitud en otro(s) Estado(s) Parte? ☐ Sí/Sim ☐ No/Não

Adia a solicitação em outro(s) Estado(s) Parte?

13.2 En caso afirmativo, indique en cuál o cuáles .....

Se é assim, indique em qual ou quais .....

14. CERTIFICACIÓN DE PERIODOS DE SEGURO, DE COTIZACIÓN O DE EMPLEO CUMPLIDOS BAJO LA LEGISLACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO  
CERTIFICAÇÃO DE PERÍODOS DE SEGURO, DE CONTRIBUIÇÃO OU DE EMPREGO EFETUADOS AO ABRIGO DA LEGISLAÇÃO DA INSTITUIÇÃO QUE TRAMITA O PROCEDIMENTO

[illegible]

14.2 ☐ No tiene periodos de seguro computables para totalización/*Não tem períodos de seguros computativos para a totalização*

14.3 La persona asegurada que acredite un periodo de seguro inferior a un año/  
*Pessoa segurada que acredita um período de seguro inferior a um ano*

☐ podrá beneficiarse/*você pode beneficiar* ☐ no podrá beneficiarse/*você não pode beneficiar*

de una pensión en virtud de la legislación nacional (artículo 14 del Convenio)/  
*de pensão na legislação nacional (artigo 14 do Convenção)*

Fecha/Data ..... / ..... / .....

Firma/Assinatura

Sello/*Carimbo*

**15. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCIÓN QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO/  
PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO**

15.1

☐ Por totalización/*Por totalização*
☐ Sin totalización/*Sem totalização*

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta/ .....  
*Em caso de liquidação por totalização, número total de dias tomados em em consideração*

Coeficiente prorrate/*Coeficiente proporcional* .....

15.2 Tipo de prestación reconocida/  
*Tipo da prestação reconhecido*

15.3 Cuantía mensual/  
*Montante mensal*

15.4 Moneda/  
*Moeda*

15.5 N° de pagas anuales/  
*N° de pagamentos anuais*

15.6 Fecha de inicio/  
*Data de inicio*

..... / ..... / .....

15.7 Sin derecho a prestación por el siguiente motivo/*Sem direito à prestação pelo motivo seguinte* .....

ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE QUE TRAMITA EL PROCEDIMIENTO  
 ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE QUE EFECTUA A TRAMITAÇÃO DO PEDIDO

Denominación /  
*Denominação*

Dirección /  
*Endereço*

Localidad /  
*Localidade*

País /  
*País*

Teléfono /  
*Telefone*

Correo electrónico /  
*E-mail*

Fecha/Data ..... / ..... / .....

Firma/Assinatura

Sello/Carimbo



2023/02/16



**17. PRESTACIONES A CARGO DE LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO/  
PRESTAÇÕES A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATARIO**

17.1

☐Por totalización/*Por totalização*☐Sin totalización/*Sem totalização*

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta/

*Em caso de liquidação por totalização, número total de dias tomados em em consideração*Coeficiente prorrate/*Coeficiente proporcional*17.2 Tipo de prestación reconocida/  
*Tipo da prestação reconhecido*17.3 Cuantía mensual/  
*Montante mensal*17.4 Moneda/  
*Moeda*17.5 N° de pagas anuales/  
*N° de pagamentos anuais*17.6 Fecha de inicio/  
*Data de inicio*

..... / ..... / .....

17.7 Sin derecho a prestación por el siguiente motivo/*Sem direito à prestação pelo motivo seguinte*

ORGANISMO DE ENLACE O INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL ESTADO PARTE DESTINATARIO  
 ORGANISMO DE LIGAÇÃO OU INSTITUIÇÃO COMPETENTE DO ESTADO PARTE DESTINATARIO

Denominación /  
*Denominação*Dirección /  
*Endereço*Localidad /  
*Localidade*Teléfono /  
*Telefone*País /  
*País*Correo electrónico /  
*E-mail*

Fecha/Data ..... / ..... / .....

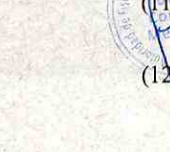
Firma/Assinatura

Sello/Carimbo



## INSTRUCCIONES / INSTRUÇÕES

- (1) Para Bolivia y Chile, apellido de casada cuando corresponda/  
*Para o Bolivia e Chile, sobrenome de casada, se aplicável*
- (2) Para Bolivia, Chile y España indicar apellido paterno y materno/  
*Para Bolivia, Chile e Espanha, sobrenome do pai e da mãe*
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar/  
*Para o Chile e Uruguay, não completar*  
Para Brasil, se debe informar del Número de identificación del trabajador/NIT/  
*Para o Brasil deverá ser informado nesse campo o Número de identificação do trabalhador – NIT*
- (4) Para Brasil, se debe informar en este campo el número de registro de persona física-CPF y del Documento de identidad. En el Documento de identidad informar número, fecha de expedición, organismo emisor y Estado/  
*Para o Brasil, o número de registo da pessoa singular-CPF e do Documento de identidade deve ser introduzido neste campo. No Cartão de identidade, fornecer o número, a data de emissão, o organismo emissor e o Estado*  
Para Bolivia, informar número de identificación, n° de afiliación, dirección en Bolivia y número de cédula de identidad/  
*Para a Bolívia, fornecer número de identificação, número de filiação, endereço na Bolívia e número do bilhete de identidade*  
Para Chile, informar el número de la cédula de identidad chilena o RUT del trabajador/  
*Para o Chile informe o número do bilhete de identidade chileno ou Rut ou RUN do trabalhador*  
Para Ecuador, informar el número de cédula de ciudadanía/  
*Para o Equador, informe o número do cartão de cidadania*  
Para Argentina, informar de la fecha de ingreso al país y de los documentos identificativos/  
*Para a Argentina, fornecer a data de entrada e os documentos de identificação*  
Para Paraguay informar del número de cédula de identidad/  
*Para o Paraguai informar o número do bilhete de identidade*  
Para Uruguay informar del número de cédula de identidad/  
*Para o Uruguai, informar o número do bilhete de identidade*  
Para el Salvador informar del número único de identidad/  
*Para El Salvador, informar o número de identidade único*
- (5) Necesaria su cumplimentación para España, Portugal y Uruguay/  
*A conclusão é necessária para Espanha, Portugal e Uruguai*
- (6) Aportar informaciones complementarias que puedan facilitar la tramitación (dirección del país de origen, otros documentos de identidad o afiliación) /  
*Fornecer informações adicionais que possam facilitar o processamento (endereço no país de origem, outros documentos de identidade ou filiação)*  
Para Brasil, debe rellenarse el anexo/  
*Para o Brasil, por favor preencha o anexo*
- (7) Acompañar todos los datos y documentos que se tengan de interés, incluyendo domicilios de las empresas si se conocen/  
*Acompanhar todos os dados e documentos de interesse, incluindo endereços compahia se conhecido*
- (8) Para Brasil debe adjuntarse los documentos que acrediten la unión estable/  
*Para o Brasil, a prova de união estável deve ser anexada*  
Para Bolivia, informar número de identificación, n° de afiliación y dirección de Bolivia.  
*Para Bolívia, informar o número de identificação, n° inscrição e endereço na Bolívia*
- (9) Para Brasil, en el apartado "otras informaciones" se debe informar del número de registro de personas físicas-CPF/  
*Para Brasil, no "outras informações"deberá ser informado também o números do cadastro de pessoas físicas-CPF*  
Para Bolivia, informar número de identificación, n° de afiliación y dirección de Bolivia.  
*Para Bolívia, informar o número de identificação, n° inscrição e endereço na Bolívia*
- (10) Cumplimentar en caso de que el hijo resida en un domicilio diferente/  
*Preencha se a filho reside em um endereço diferente*
- (11) Adjuntar documento de apoderamiento/  
*Anexar documento de procuração*
- (12) Para Brasil, sólo se puede pagar por transferencia bancaria/  
*Para o Brasil, o pagamento só pode ser feito por transferência bancária*



**SOLICITUD DE PRESTACIONES DEL CONVENIO MULTILATERAL  
IBEROAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
PEDIDO DE PRESTAÇÕES AO ABRIGO DA CONVENÇÃO  
MULTILATERAL IBEROAMERICANA DE SEGURANÇA SOCIAL**

Por la presente solicito toda prestación que se me pudiera abonar conforme a lo previsto en el artículo 13 del Acuerdo de Aplicación del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, de 11 de septiembre de 2009, que regula el derecho a las prestaciones.

*Solicito todas as prestações que me possam ser devidas em conformidade com as disposições do Artigo 13 do Acordo sobre Aplicação do Acordo Multilateral Ibero-Americano de Segurança Social de 11 de Setembro de 2009, que regula o direito às prestações.*

☐ Jubilación/Velhice    ☐ Incapacidad/Invalidez    ☐ Supervivencia/Pensão por morte

Apellidos y nombre del causante /  
*Apelido e nome próprio do falecido*

Documento identificativo del causante /  
*Documento de identificação da pessoa falecida*

Apellidos y nombre del solicitante /  
*Apelido e nome próprio do candidato*

Documento identificativo del país en que se presenta la solicitud /  
*Documento de identidade do país em que o pedido está a ser apresentado*

Dirección /  
*Direcção*

Firma /  
*Assinatura*

Fecha /  
*Data*

País o países por el que se solicita la pensión /  
*País ou países para os quais a pensão é solicitada*

## EL SOLICITANTE

CERTIFICA que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderos, completos y de su conocimiento /  
CERTIFICA que os datos contidos desta solicitação são verdadeiros, completos e de seu conhecimento

AUTORIZA a la Institución Competente u Organismo de Enlace del Estado donde presenta la solicitud a proporcionar a las Instituciones Competentes de los Estados donde alega períodos de seguro toda la información y los documentos relacionados con esta solicitud /

AUTORIZA o Instituição Competente ou Organismo de Ligação do Estado a que se apresenta a solicitação a fornecer às Instituições Competentes dos Estados onde alega períodos de seguro todas as informações e documentos que se relacionam a esta solicitação

DECLARA conocer su obligación de comunicar inmediatamente a la Institución Competente u Organismo de Enlace cualquier variación de su situación personal o familiar (fallecimiento o emancipación de las personas dependientes) que tenga efectos sobre la pensión reconocida, aportando la documentación que corresponda. En caso de incumplimiento podría incurrir en infracción sancionable y en la obligación de reintegrar las cantidades percibidas indebidamente, de acuerdo con la legislación del Estado competente/

DECLARA a sua obrigação de informar imediatamente a Instituição Competente ou Organismo de Ligação qualquer alteração da sua situação pessoal ou familiar (morte ou emancipação de dependentes) reconheceram efeitos a bordo, fornecendo a documentação apropriada. O não cumprimento poderá incorrer em crime punível ea obrigação de reembolsar montantes devidos, de acordo com a legislação do Estado competente.

Firma del solicitante / Assinatura do solicitante