

FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE RECEPCIÓN DE ESTADOS DE CUENTAS

FORM.SPVS/IP-010/99

AFP PREVISIÓN

LUGAR Y FECHA

AFP FUTURO DE BOLIVIA

LUGAR

DIA

MES

AÑO

1. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIAFO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS CONFORME AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE
☐ AFILIADO INDENPENDIENTE ☐ AFILIADO DEPENDIENTE		NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELÉFONO:	
			NUA:	
2. IDENTIFICACION DEL EMPEADOR				
NOMBRE O RAZON SOCIAL			TELÉFONO:	
			FAX:	
FECHA QUE REALIZO EL RECLAMO DIA MES AÑO (Llenado por la Intendencia de Pensiones) FECHA DE RECEPCIÓN DE SU ESTADO DE CUENTA DIA MES AÑO (Llenado por el afiliado registrado) FRIMA DEL AFILIADO REGISTRADO FECHA DE RECEPCIÓN DE ESTADOS DE CUENTAS DIA MES AÑO (Llenado por el Empleador) FIRMA DEL EMPLEADOR				