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

	No DE FOMULARIO			FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO LUGAR DE REGISTRO:										
I. DATO	S A SER LLENA	ADOS POR	EL APORTANTE V	OLUNTARIO										
1. DATO	S DEL APORTA	ANTE VOL	UNTARIO (LLENAR L	OS SIGUIENTES DA	TOS DE ACUER	DO AL DO	CUMENTO	DE IDENTID	AD)					
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO						APELUDO DE CASADA				PRIMER NOMBRE			JNDO NOME	BRE
C.I.			PASAPORTE			EXP E		EN: NUA						
RUN	RUN		CARNET DE EXTRANJERO	>		DIRECCION ACTUAL DE			EL APORTANTE:					
2. DATOS DEL BENEFICIARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)														
PR	IMER APELLI	00	SEGUNDO	O APELLIDO DE CA			DE CASA	ADA	PRIM	ER NOMBRE	R NOMBRE SEGUNDO NOMBR			BRE
C.I.			PASAPORTE			EXP EN:	N: NUA							
RUN	CARNET DE EXTRANJE				Nombre del Ente Ges			nte Gesto	or del SSO de largo plazo					
DIRECC	IÓN ACTUAL D	EL BENEF				OCUPA	CIÓN*							
CIUDAI	)				PROVINCIA	4		L		SECCIÓN				
ZONA			(		CALLE/AV.	CALLE/AV.				NÚMERO				
CANTÓN				CASILLA					E-MAIL					
II. DATO	S DEL EMPLEA	ADOR			1									
RAZÓN SOCIAL:														
DIRECCIÓN:														
NIT/RU	NIT/RUC/SUP: TELEFONO / FAX:													
NOMBI	RE Y APELLID	O DEL RE	PRESENTANTE L	EGAL										
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD  TIPO: CI □ RUN □ PASS □ CEXT □														
III. DECI	ARACIÓN JUR	ADA						Ť	•	•				
Yo,		Nombre	y Apellido				auto	rizo a qı	ue mi empl	eador, proce	da a des	contar	rme el mo	nto
de	Mo	onto nume	ral	00/100 bol	ivianos		Monto L	iteral		_, que corre	sponde	al	Monto nume	% eral
del Ingi	eso Cotizal	ole refer	encial de	Monto nume	ral	_ a fav	or del B	eneficia	ario	Nom	nbre y Apell	lido		
a partir	del mes		MM/AAAA											
veces el	salario mínimo	nacional	el cual realizará la vigente. iciario llenar este										(60)	
FIRMA O HUELLA DEL BENEFICIARIO FIRMA DEL APORTANTE														
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR														
COD	GO DEL PROM	MOTOR DI	E LA APS:											
NOM	BRE Y APELLI	DO DEL P	ROMOTOR							FIRMA DEL	PROMO <sup>*</sup>	TOR		
								-ı R	ESPONSAL	BLE DEL LLE	NADO D	FL FO	RMUI ARI	υ Ι

ESTE FORMULARIO NO ES VÁLIDO SI NO CUENTA CON LA FIRMA Y SELLO DEL ENTE GESTOR DEL SSO EN TODAS SUS COPIAS

## Anexo N° III FORMULARIO DE CESACIÓN DE COTIZACIONES VOLUNTARIAS A FAVOR DE TERCEROS

	FOMULARIO	0		J	LUGAR (	DE REGISTRO:	: 				J		
I DATOS A SER LLENADOS POR EL APORTANTE VOLUNTARIO													
DATOS A SER LLENADOS POR EL APORTANTE VOLUNTARIO      DATOS DEL APORTANTE VOLUNTARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)													
PRIM	MER APELLID	0	SEGUNDO AF	API	APELUDO DE CASAD			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
C.I.			PASAPORTE			EXP EN:		UA					
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		API	APELLIDO DE CASAI		DA .	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
									1				
C.I.			PASAPORTE			EXP EN:		NUA					
RUN			CARNET DE EXTRANJERO			Nombre	bre del Ente Gestor del SSO de largo plazo			irgo plazo			
DIRECCIÓ	N ACTUAL DE	L BENEFI	CIARIO	OCUPACIÓN		N*			T	Γ			
CIUDAD	CIUDAD				PROVINCIA				SECCIÓN				
	ZONA				CALLE/AV.				NÚMERO				
CANTÓN				CASILLA					E-MAIL				
II. DATOS DEL EMPLEADOR													
RAZÓN SOCIAL:													
DIRECCIÓN:  TELEFONO (FAX.													
NIT/RUC/SUP: TELEFONO / FAX:  NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL													
	DE DOCUME			<b></b>					TIPO:	CI D RUN D	PASS CEXT C		
	RACIÓN JURA								IIIFO.	-			
Yo,							solicit	to que r	ni emplead	ro. a partir del n	nesya no		
,		Nombre y	Apellido			·				. c, a paran acr	, <u></u> , <b>,.</b>		
Proceda	a desconta	rme el r	nonto de		00/100 bol	ivianos			Literal	, correspondier	nte al%  Monto numeral		
del Ingre	so Cotizab	le refere	ncial de Bs			_ a favor	del Be	eneficia	rio		,		
				Monto nume						Nombre y	Apellido		
solicitad	o en fecha	MM/A	con el nu	ímero de l	Formulario	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										Έ			
00010	O DEL 22011	0700 5-	LAADO	FIRMA	Y SELL	O DEL		LEAD	UK				
CODIG	CODIGO DEL PROMOTOR DE LA APS:  FIRMA DEL PROMOTOR												
NOMBRE Y APELLIDO 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