

Anexo N° II

FORMULARIO DE COTIZACIONES VOLUNTARIAS A FAVOR DE TERCEROS

No DE FOMULARIO

FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO

LUGAR DE REGISTRO:

I. DATOS A SER LLENADOS POR EL APORTANTE VOLUNTARIO

1. DATOS DEL APORTANTE VOLUNTARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELUDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
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		APELLIDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
RUN		CARNET DE EXTRANJERO		Nombre del Ente Gestor del SSO de largo plazo					
DIRECCIÓN ACTUAL DEL BENEFICIARIO				OCUPACIÓN*					
CIUDAD				PROVINCIA			SECCIÓN		
ZONA				CALLE/AV.			NÚMERO		
CANTÓN				CASILLA			E-MAIL		

II. DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL:

DIRECCIÓN:

NIT/RUC/SUP:

TELEFONO / FAX:

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

TIPO: CI RUN PASS CEXT

III. DECLARACIÓN JURADA

Yo, autorizo a que mi empleador, proceda a descontarme el monto

de 00/100 bolivianos, que corresponde al %

del Ingreso Cotizable referencial de a favor del Beneficiario

a partir del mes MM/AAAA

NOTA: Ingreso Cotizable sobre el cual realizará la contribución, no podrá ser inferior a un salario mínimo nacional ni superior al equivalente a sesenta (60) veces el salario mínimo nacional vigente.

*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

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

CODIGO DEL PROMOTOR DE LA APS:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROMOTOR

FIRMA 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

Original: AFP
Copia 1: Aportante Voluntario
Copia 2: Empleador
Copia 3: Beneficiario

Anexo N° III

FORMULARIO DE CESACIÓN DE COTIZACIONES VOLUNTARIAS A FAVOR DE TERCEROS

No DE FOMULARIO

FECHA DE LLENADO DEL FORMULARIO

LUGAR DE REGISTRO:

I DATOS A SER LLENADOS POR EL APORTANTE VOLUNTARIO

1. DATOS DEL APORTANTE VOLUNTARIO (LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS DE ACUERDO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELUDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
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		APELLIDO DE CASADA		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
C.I.		PASAPORTE		EXP EN:	NUA				
RUN		CARNET DE EXTRANJERO		Nombre del Ente Gestor del SSO de largo plazo					
DIRECCIÓN ACTUAL DEL BENEFICIARIO				OCUPACIÓN*					
CIUDAD				PROVINCIA			SECCIÓN		
ZONA				CALLE/AV.			NÚMERO		
CANTÓN				CASILLA			E-MAIL		

II. DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL:

DIRECCIÓN:

NIT/RUC/SUP:

TELEFONO / FAX:

NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE LEGAL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

TIPO: CI RUN PASS CEXT

III. DECLARACIÓN JURADA

Yo,

Nombre y Apellido

 solicito que mi empleadro, a partir del mes ya no

Proceda a descontarme el monto de

Monto numeral

 00/100 bolivianos

Monto Literal

, correspondiente al

Monto numeral

 %

del Ingreso Cotizable referencial de Bs.

Monto numeral

 a favor del Beneficiario

Nombre y Apellido

,

solicitado en fecha

MM/AAAA

 con el número de 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

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

CODIGO DEL PROMOTOR DE LA APS:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROMOTOR

FIRMA 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

Original: AFP
Copia 1: Aportante Voluntario
Copia 2: Empleador
Copia 3: Beneficiario