



Previsión

AFP

Santa Cruz, Diciembre de 2013

Señor(a):

DEFENSA DE NIÑAS Y NIÑOS INTERNACIONAL SECCION BOLIVIA
CALLE LADISLAO CABRERA NO E199 ZONA CENTRAL
Telf.: 4223207
COCHABAMBA.- (148)

De mi mayor consideración:

A nombre de BBVA Previsión AFP miembro del grupo BBVA en América, le comunicamos que se asignó el Número Único Asignado (NUA) 42659978 al señor(a) GONZALES ISIDRO ANGEL con cédula de identidad 6032512 expedido en COCHABAMBA.

Aprovecho la oportunidad para informarle también que el NUA asignado a su dependiente corresponde a un código de identificación personal dentro del Seguro Social Obligatorio de largo plazo (SSO), por tanto a partir del periodo de 201310, los aportes deberán ser realizados a esta AFP consignando este número, asimismo adjuntamos a la presente copia del Formulario de Registro.

En caso de requerir mayor información sobre algún tema de su interés, le invitamos a visitar cualquiera de nuestras oficinas, llamar en forma gratuita a nuestro Centro de Atención al Cliente (800-10-7979), vía correo electrónico (servicioalcliente@prevision.com.bo) o si prefiere le invitamos a visitar nuestra página WEB (www.prevision.com.bo).

Cordialmente,

Ildelfonso Núñez
Gerente General
BBVA PREVISION AFP

Conformidad de recepción
Observaciones courier
Observación promotor

El Alto: v. 6 de Marzo N° 22, ma 12 de Octubre SIN Tel/Fax: 282-0940	Cochabamba: Edificio Cian II, Plazuela Constitución N° 810 Tel./Fax: 452-5139	Tarija: Hotel Victoria Calle La Madrid N° 264 Tel.: 664-3625 Tel./Fax: 664-5277	Santa Cruz: Ed. Torre Equipeiro Av. San Martín N° 1, esq. 2° Anillo Tel.: 332-2121 Fax: 336-6864	Sucre: Calle Bolívar N° 579 Tel.: 644-5190 Fax: 646-0888	La Paz: Av. 6 de Agosto esq. Campos Edif. El Ciprés Tel.: 243-0969 Fax: 224-3911	Potosí: Av. Villazón y San Alberto Tel.: 622-7496 Tel./Fax: 622-7637	Montero: C/ Wames esq. Antofagasta N° 100 Tel.: 922-6745 Tel./Fax: 922-6746
--	---	--	---	--	---	---	--

Nº DE SOLICITUD

2161065

NUA 42659978
GONZALES ISIDRO ANGEL
PRED320131024

FECHA DE AFILIACION (Fecha de inicio de cotización SSO)		Día	Mes	Año	FECHA DE REGISTRO (Fecha de llenado de la solicitud de registro)		Día	Mes	Año
		01	05	2013			24	10	2013
LUGAR DE AFILIACION (Colitza al Sistema de Reparto)		LUGAR DE REGISTRO							
DEPENDIENTE ANTIGUO <input type="checkbox"/>		DEPENDIENTE: Público <input type="checkbox"/> Privado <input checked="" type="checkbox"/> Organismo Internacional <input type="checkbox"/>							
NUEVO DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		INDEPENDIENTE: <input type="checkbox"/>							

1. TIPO DE AFILIACION										1.1. TIPO DE VINCULO LABORAL (Del empleo principal)									
DEPENDIENTE ANTIGUO <input type="checkbox"/>										DEPENDIENTE: Público <input type="checkbox"/> Privado <input checked="" type="checkbox"/> Organismo Internacional <input type="checkbox"/>									
NUEVO DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>										INDEPENDIENTE: <input type="checkbox"/>									

2. IDENTIFICACION DEL AFILIADO (* Llenar los siguientes datos de acuerdo al documento de identidad)																			
PROFESION: ESTUDIANTE		OCUPACION: SERVICIOS		* PRIMER APELLIDO		* SEGUNDO APELLIDO		* 1er NOMBRE		* 2do NOMBRE									
GONZALES		ISIDRO						ANGEL											
* DOCUMENTO DE IDENTIDAD										ESTADO CIVIL									
* C.I.		* PASAPORTE		* EXPEDIDO EN:		* CASADO		* VIUDO		* DIVORCIADO		* CONVIVIENTE							
6032512				LA PAZ															
* RUN		* CARNET EXTRANJERO		Nº DE PERSONA SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:		* NACIONALIDAD		* LUGAR DE NACIMIENTO		* CASILLA		* E mail:							
						BOLIVIANA		LA PAZ											
SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		* FECHA DE NACIMIENTO		Día		Mes		Año		* LUGAR DE NACIMIENTO		* CASILLA							
		08		07		07		1986		LA PAZ									
DIRECCION ACTUAL DEL AFILIADO:										DIRECCION DEL LUGAR DE TRABAJO:									
Departamento:		Zona:		Provincia:		Sección:		Cantón:		Teléfono:		E mail:							
LA PAZ		CENTRAL		CENTRO		CENTRO		CENTRO		4253207									
Codificador Geográfico (llenado por la AFP)										Codificador Geográfico (llenado por la AFP)									

3. LUGAR AL QUE UD. PREFERE QUE SE LE ENVIE LA CORRESPONDENCIA

RESIDENCIA: <input type="checkbox"/>	LUGAR DE TRABAJO: <input checked="" type="checkbox"/>	CASILLA DE AFILIADO: <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	---

4. INFORMACION DEL VINCULO LABORAL (EMPLEADOR) Si trabaja en más de un lugar, por favor llenar el formulario con más de un empleador.

NOMBRE O RAZON SOCIAL: AGENCIA DE NIÑAS Y NIÑOS INTERNACIONAL XUCUN BOLIVIA	TIPO DE IDENTIFICACION
ROTULO O NOMBRE COMERCIAL:	NIT <input type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> SUP <input type="checkbox"/>
NOMBRE AGENCIA O SUCURSAL:	NUMERO: 1022537023



FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR
DECLARACION JURADA QUE NO ESTÁ AFILIADO A OTRA AFP Y QUE LOS DATOS SON CORRECTOS

Rembero Zeballos V.
JEFE DE RECURSOS HUMANOS
Codigo Promotor BBVA

Nombre y apellido del Promotor:

Jaime Rojas Villagra
BBVA PREVISIÓN AFP S.A.

NOTA: EL AFILIADO SOLO DEBE FIRMAR CUANDO NO EXISTA NINGUNA CASILLA EN BLANCO.
LAS CASILLAS QUE NO LLEVEN INFORMACION, DEBEN RAYARSE CON UNA LINEA HORIZONTAL

HUELLA DIGITAL	FOTOGRAFIA
SOLO PARA AFILIADOS QUE NO CUENTAN CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	DE AFILIADOS QUE NO CUENTAN CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
FIRMA DEL PROMOTOR RESPONSABLE DEL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO	
1er. COPIA: EMPLEADOR	

¡ TODO AFILIADO DEBE LLENAR EL FORMULARIO ADJUNTO DE DERECHOHABIENTE!