

FORMULARIO DE PAGO DE CONTRIBUCIONES **CONSULTOR DE LINEA, CONSULTOR POR** PRODUCTO Y CONSULTOR

(Declaración Jurada)

No. De FPC



Periodo de Cotización

06 / 2019

	800004391022							(Mes/Año)								
Tipo de Identificación Nº de Identific				ación CUA				Lugar Pago			Fecha de Pago					
CI		х	CE			9112739 50031132 LA PAZ		LA PAZ		25	06	2019				
RUI	N		CTDA		01.2.00		33331132			EXTINE		ı	Día	Mes	Año	
Primer Apellido						Segundo Apellido		Apellido de Casada			Primer Nombre			Segundo Nombre		
CHAMBY					SALINAS					CRISTIAN			RODRIGO			
Nombre o Razón Social del C			del Contratante	Nº de Identificación		GOB	NIT	SUP					e Conclusión del rato (Mes/Año)			
1 MINISTERIO OBRAS PUBLICAS SERVICIOS Y VIVIENDA				81		Х			4.641,00		201902 201906		201906			

Departamento			
LA PAZ		А	SI
Localidad		In	
LA PAZ		В	Ir
Zona			
NORTE		С	С
Av. / Calle		D	С
Z.NORTE PEDRO KRAMER		Е	С
		F	Р
Número		G	Р
50		Н	Α
Casilla			
		1	Α
Teléfono		J	A
78784079		K	А
Firma Consultor		То	
	Son_		
" Declaro que todos los datos consignados son fidedignos."			То
	;	Sor	

	Concepto	Monto en Bs.						
А	SUMA DEL TOTAL MENSUAL DE CONTRATOS DE CONSULTORIA	4.641,00						
	Ingreso Cotizable es la suma del Total Mensual de contratos de Consultoría							
В	Ingreso Cotizable	4.641,00						
Llenar de manera obligatoria								
С	Cotización Mensual (B x 10%)	464,10						
D	Comisión AFP (B x 0.5%)							
Е	Cotización Adicional	0,00						
F	Prima Riesgo Común (B x 1.71%)	79,36						
G	Prima Riesgo Laboral (B x 1.71%)	79,36						
Н	Aporte Solidario del Asegurado (B x 0.5%)							
Llenar sólo si la suma del Total Mensual de Contratos de Consultoría es mayor a Bs 13.000								
1	Aporte Nacional Solidario 1% [(A-13.000) x 1%]	0,00						
J	Aporte Nacional Solidario 5% [(A-25.000) x 5%]	0,00						
K	Aporte Nacional Solidario 10% [(A-35.000) x 10%]	0,00						
	T. I. I. D. C. C. C. D. C. D. C.							
	Total a Pagar SIP (C + D + E + F + G) 646,03							
Sor	SonSEISCIENTOS CUARENTA Y SEIS 03/100Bolivianos							
1	Total a Pagar Fondo Solidario (H + I + J + K)							
	Total a Pagar Fondo Solidario (H + I + J + K) 23,21							



Sello de Caja Entidad Recaudadora

Original:	Oficina Nacional AFP
Copia:	Asegurado
Copia:	Entidad Financiera

Bolivianos

VEINTITRES 21/100

^{*} Yo CHAMBY SALINAS CRISTIAN RODRIGO, tengo conocimiento de que la falsedad de los datos consignados en el presente Formulario, constituye un delito tipificado en el parrafo II del articulo 345 Bis del código Penal Boliviano, cuya consecuencia es la privación de libertad de tres a cinco años y multa de sesenta a doscientos días.