

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

(Declaración Jurada)

No. De FPC



Periodo de Cotización

06 / 2019

800004480357 (Mes/Año)														
Tipo de Identificación			ción	Nº de Identificación		CUA			Lugar Pago		Fee	Fecha de Pago		
CI	Х	CE		9112739		50031132			LA PAZ		04	07	2019	
RUN CTDA			3112703		30001132			ENTAL		Día	Mes	Año		
Primer Apellido				Segundo Apellido		Apellido de Casada			Primer Nombre		S	Segundo Nombre		
CHAMBY				SALINAS					CRISTIAN		R	RODRIGO		
Nombre o Razón Socia			n Socia	al del Contratante	Nº de	Identificación	GOB	NIT	SUP	Total Mensual Contrato de Consultoría	Mes de Inicio Contrato (Mes		e Conclusión del rato (Mes/Año)	
1 MINISTERIO OBRAS PUBLICAS SERVICIOS Y VIVIEN			S SERVICIOS Y VIVIENDA	81		Х			4.641,00	201902		201906		

Danastamasta			
Departamento			
LA PAZ		А	,
Localidad			
LA PAZ		В	
Zona			
NORTE		С	•
Av. / Calle		D	(
Z.NORTE PEDRO KRAMER		Е	(
		F	
Número		G	1
50		Н	1
Casilla			
		1	1
Teléfono		J	4
78784079		K	1
Firma Consultor			T
		Sor	1_
" Declaro que todos los datos consignados son fidedignos."		,	T
	;	Sor	1_

	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	309,40				
	Llenar de manera obligatoria					
С	Cotización Mensual (B x 10%)	30,94				
D	Comisión AFP (B x 0.5%)					
Е	Cotización Adicional	0,00				
F	Prima Riesgo Común (B x 1.71%)	5,29				
G	Prima Riesgo Laboral (B x 1.71%)	5,29				
Н	H Aporte Solidario del Asegurado (B x 0.5%)					
	Lienar 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				
	Total a Pagar SIP (C + D + E + F + G) $43,07$					
Sor	SonCUARENTA Y TRES 07/100Bolivianos					
	Total a Pagar Fondo Solidario (H + I + J + K)					



Sello de Caja Entidad Recaudadora

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

Bolivianos

UNO 55/100

^{*} 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.